

**O processo de dádiva de sangue do  
dador de primeira vez no Hospital do  
Espírito Santo - Évora, EPE: Satisfação e  
retorno para a dádiva seguinte**

Álvaro da Silva Mendes Tojinha

XLII Curso de Administração Hospitalar  
(2012-2014)

**Universidade Nova de Lisboa**

**XLII Curso de Administração Hospitalar  
Escola Nacional de Saúde Pública**

O processo de dádiva de sangue do dador de primeira vez no  
Hospital do Espírito Santo - Évora, EPE: Satisfação e retorno para a  
dádiva seguinte

Trabalho de Campo

Álvaro da Silva Mendes Tojinha

- Lisboa, 28 de maio de 2014-

A Escola Nacional de Saúde Pública  
não se responsabiliza pelas opiniões  
expressas nesta publicação, as quais são  
da inteira responsabilidade do seu autor

## **Agradecimentos**

Aos habituais sacrificados, familiares e amigos, que ficaram de alguma forma condicionados durante a elaboração deste trabalho; ao seu Orientador do trabalho, Professor Luís Graça, cuja experiência em muito o ajudou na manutenção da direção certa; ao Hospital do Espírito Santo – Évora (HESE), que possibilitou a execução deste estudo; ao Dr. Francisco Ferro, Diretor do Serviço de Imunohemoterapia do HESE, que desde o início apoiou e tudo fez para que este trabalho se concretizasse; ao administrativo do mesmo serviço, Sr. Nuno Trindade que extravasou em muito as suas funções, sendo um funcionário que “veste a camisola” e que contribui decisivamente para os resultados da equipa; ao Dr. Pedro Pacheco, Administrador para a área de MCDT onde se insere este Serviço, que foi o seu elo de ligação com o Conselho de Administração do HESE; ao Dr. Mário Chin e Dr.<sup>a</sup> Antónia Escoval, ambos pertencentes aos IPST pela disponibilização imediata de dados referentes ao IPST e Projeto DOMAINE; ao Dr. Carlos Aldeia, diretor do Serviço de Imunohemoterapia da ULSLA, pelo suporte facultado;

A todos, muito obrigado!

## Resumo

**Palavras-chave:** Satisfação; dádiva de sangue; dadores de sangue de primeira vez; motivação

**Introdução:** Com este trabalho, pretendeu-se averiguar em que medida a satisfação no processo de dádiva de sangue afeta o regresso dos dadores que doam pela primeira vez na vida, ou que se apresentaram pela primeira vez no Serviço de sangue do HESE.

**Material e métodos:** Estudo observacional transversal descritivo. Dos dadores com uma única inscrição no período de 2011 a 2012 inclusive, (531+541 dadores) foram retirados os que entretanto completaram 66 anos (idade limite para a dádiva); os que não tinham contacto telefónico válido; e os que tinham morada fora do Distrito de Évora. Os dadores restantes (327 + 330 dadores), foram então inquiridos através de um questionário efetuado telefonicamente para determinar as causas de não regresso.

**Resultados:** Obtiveram-se 360 respostas válidas ao questionário, correspondentes a 50% da amostra com um IC de 95%. Apesar de estar amplamente demonstrado que a satisfação na dádiva contribui decisivamente para o retorno à dádiva seguinte, apenas 12% da amostra referiu não regressar por algum motivo de insatisfação decorrente do processo de dádiva. Evidentemente, o mérito destes resultados é devido à equipa do Serviço de Imunohemoterapia do HESE. Porém uma outra realidade fica aqui patente, os dadores de primeira vez estão a decrescer há vários anos, e destes, os que regressam são cada vez menos. A manter-se esta tendência, a taxa de renovação da bolsa de dadores poderá tornar-se insuficiente para a manutenção da atual bolsa de dadores. Se o HESE conseguisse recuperar para a dádiva metade da amostra de dadores de primeira vez que não regressam, a sua autonomia em termos de consumo de sangue sairia reforçada, com o incremento de proveitos financeiros consequente.

**Conclusão:** Este trabalho concretiza os objetivos a que se propôs, nomeadamente o de produzir conhecimento útil e de suporte à decisão no âmbito da administração hospitalar. O HESE tem agora ao seu dispor, a caracterização dos dadores de primeira vez e a descrição de como se está a processar a renovação da sua bolsa de dadores.

## Abstract

**Keywords:** Satisfaction; Blood donation; first time blood donors; motivation

**Introduction:** In this study, I have been seeking to determine to what extent blood donors are satisfied with the blood donation in order to return after their first time in HESE Blood Center.

**Materials and methods:** A descriptive cross-sectional observational study. From Donors with a single entry in the period between 2011 and 2012 inclusive, (541+531 donors) have been removed those, in the meantime, because they have reached 66 years, (upper age limit for donation) those who had no valid telephone contact number, address, as well as those living outside the District of Évora. The remaining donors (327 + 330 donors), have been questioned by telephone, so as to obtain the reason for not returning to this blood center.

**Results:** A survey of 360 effective questionnaires was carried out by telephone, which means 50% of the sample with a CI of 95%. Although it is widely demonstrated that satisfaction in the donation contributes decisively for the next donation, only 12 % referred not to return for some reason of dissatisfaction resulting from the donation process. Of course, the merit of these results is due to the Blood Center of HESE team. But another reality is clear, first time donors are decreasing over the years, and it is noticeable that they are returning, less and less. If this trend continues, the rate of renewal of the grant donors may become insufficient to maintain the current grant donors. If HESE could recover half of the sample of first time donors who did not return, it's autonomy in terms of blood consumption, would be enhanced, embodied as well as an increase in financial income.

**Conclusion:** This work reveals the aims that it has set itself. It produces useful knowledge and decision support within the hospital administration. The HESE now has at its disposal, the characterization of first time donors and description of how it is processing the renewal of their grant donors.

# Índice

<b>1. Introdução .....</b>	<b>14</b>
1.1 A importância do tema .....	14
1.2 Estrutura do trabalho.....	18
<b>2. Enquadramento teórico e contextual.....</b>	<b>20</b>
2.1 Conceito de dádiva de sangue .....	20
2.2 Legislação Comunitária e Portuguesa sobre a dádiva de sangue.....	21
2.3 O sistema de colheita de sangue português.....	22
2.4 Caracterização da dádiva .....	23
2.5 Motivação para a dádiva de sangue .....	24
2.6 Conceito de Satisfação do Utente .....	26
2.7 Causas de insatisfação na dádiva de sangue .....	27
2.8 Satisfação dos dadores de sangue e impacto no retorno à dádiva.....	30
2.9 Motivos que prolongam o tempo de espera .....	30
2.10 Fatores que influenciam a satisfação do dador de sangue .....	30
2.11 A importância dos dadores de primeira vez .....	31
2.12 Percentagem de retorno dos dadores de primeira vez .....	34
2.13 A Atitude dos profissionais .....	34
2.14 O reconhecimento .....	36
2.15 Os custos da dádiva de sangue .....	36
2.16 Fatores externos de insatisfação dos dadores de sangue .....	39
2.17 O futuro da dádiva de sangue.....	40
2.18 O HESE e o Serviço de Imunohemoterapia.....	41

<b>3.-Objetivos .....</b>	<b>48</b>
3.1 Objetivos Gerais.....	48
3.2-Objetivos específicos .....	48
<b>4. Material e métodos .....</b>	<b>50</b>
4.1 Tipo de estudo .....	50
4.2 Escolha da forma da obtenção de dados.....	50
4.3 Inclusões .....	52
4.4 Exclusões.....	53
4.5 População e amostra .....	53
4.6 Elaboração do Instrumento de Colheita de Dados.....	56
4.7 Pré-Teste .....	58
4.8 Aspetos Éticos .....	59
4.9 Declaração de conflito de interesses .....	59
<b>5 Apresentação de Resultados .....</b>	<b>61</b>
<b>6. Discussão De Resultados .....</b>	<b>75</b>
6.1 Discussão metodológica .....	75
6.1.1 Período de cobertura .....	75
6.1.2 Fontes de informação .....	75
6.2 Discussão de Resultados .....	77
<b>7. Conclusão.....</b>	<b>83</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>86</b>



## **Anexos ..... 106**

Anexo A - (Decreto-Lei n.º 113/2011 de 29 de Novembro) .....	106
Anexo B - Caracterização do HESE E.P.E e do Serviço de Imunohemoterapia .....	107
Anexo C - <i>International Standard Donor Satisfaction Questionnaire</i> .....	109
Anexo D - Instrumento de colheita de dados .....	110
Anexo E - Comprovativo de parecer do Conselho de Administração do HESE .....	115
Anexo F - Comprovativo de parecer da Comissão de Ética do HESE .....	116

## **Índice de esquemas**

Esquema 1- Resumo do apuramento da amostra .....	56
--	----

## **Índice de quadros**

Quadro 1 - Tabela das Unidades Terapêuticas de Sangue e Outros Serviços Prestados pelo IPST, I.P.....	38
Quadro 2 – Número de questionários a efetuar .....	55

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Número de doadores e dádivas (totais dos serviços de sangue nacionais).....	23
Figura 2 - Dádivas homólogas dos serviços de sangue nacionais em 2012 .....	33
Figura 3 - Serviços de sangue Nacionais e Évora, 2011.....	41
Figura 4 - Evolução da atividade do Serviço de Imunohemoterapia do HESE .....	42
Figura-5 - Evolução da atividade Serviço V.S Brigadas, HESE.....	43
Figura 6-Evolução dádivas da Rede Transfusional do Alentejo.....	44
Figura 7 - Evolução dos doadores de primeira vez / Serviço, HESE.....	45
Figura 8 - Evolução, colheitas V.S transfusões, HESE .....	46

Figura 9 -Tipologia de dadores .....	62
Figura 10 - Género .....	63
Figura 11 - Escolaridade.....	63
Figura 12 - Estado civil .....	64
Figura 13 - Situação Laboral .....	65
Figura 14 - Local de Colheita .....	65
Figura 15 - Retorno, distribuição dos dadores de primeira vez .....	66
Figura 16 - Percentagem de dadores de primeira vez face ao total de dádivas/ano ....	67
Figura 17 - Motivação para a dádiva .....	68
Figura 18 - Motivos de não regresso, dadores satisfeitos.....	69
Figura 19- Motivo de não regresso, dadores insatisfeitos .....	71
Figura 20 - Disposição em voltar a doar .....	72

## **Acrónimos e siglas**

ADBS- Associação de Dadores Benévolos de Sangue

ASST- Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação

CE- Concentrado de Eritrócitos

CHP- Centro Hospitalar do Porto

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

EUA- Estados Unidos da América

ERS- Entidade Reguladora da Saúde

GDH- Grupos de Diagnóstico Homogéneos

HSJ- O Hospital de São João

HUC- Hospitais da Universidade de Coimbra

HLA- Hospital do Litoral Alentejano

HESE EPE- Hospital do Espírito Santo Évora EPE

IC- Intervalo de confiança

IPOFG EPE- Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil Lisboa EPE

IPST I.P.- Instituto Português de Sangue e da Transplantação IP

MCDT- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OMS- Organização Mundial de Saúde

PREMAC- Plano de Redução e Melhoria da Administração Central

RCT- *Randomized Controlled Trial*

SPHV- Sistema Português de Hemovigilância

UCE- Unidade de concentrado de Eritrócitos

ULSBA EPE- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo EPE

ULSLA EPE- Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano EPE

ULSNA EPE- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE

WHO- World Health Organization

# 1. INTRODUÇÃO

## 1. Introdução

### 1.1 A importância do tema

Em 2012 foram efetuadas 92 milhões de dádivas em todo o mundo (atualmente estima-se que sejam 107 Milhões). Mas de entre estas dádivas, 30 milhões de dadores dão sangue uma vez e não regressam mais (WHO, 2012).

Na Europa são recolhidas 20 milhões de dádivas anualmente de cerca de 13 milhões de dadores (Uva et al., 2011). Apenas 19 países da Europa são responsáveis por 31% do total de dádivas mundiais (WHO, 2013). Dependendo do país Europeu, 0,4% a 6,4% da população adulta é dadora regular de sangue (Council of Europe, 2013).

37% dos Europeus já deram sangue pelo menos uma vez na vida. Em Portugal esse valor é de 22%, um dos mais baixos da Europa, a Áustria assume a liderança com 66% (European Commission, 2010). O apelo à dádiva pelos vários serviços de sangue é cíclico e crónico, sendo necessário garantir o retorno da maioria daqueles que se voluntariam. *“Os serviços de sangue têm de manter dadores elegíveis em número suficiente”* (Uva et al., 2011, p. 13).

A WHO (2009) estima que são necessárias 10 unidades de sangue por 1000 habitantes (1000/hab.) por ano, como requisito mínimo para a prestação de cuidados de saúde adequados. Em 2004, o número anual de colheitas de sangue na Europa 1000/hab. era de 42 unidades de sangue, oscilando entre as 3 e as 74 dádivas 1000/ hab. (Poel, Janssen e Borkent-Raven, 2007). As diferenças culturais e o nível educacional são prováveis explicações para essa variação (Uva et al., 2011). Em Portugal o número de dádivas em 2011 cifrou-se nas 38,9 1000/hab. (MS, ASST, 2011). Se nem todos estão sensibilizados para a dádiva de sangue, torna-se imperativo oferecer aqueles que se voluntariam, um serviço de excelência que motive para a dádiva seguinte.

Vários estudos apontam para que a procura de sangue continue a aumentar nos próximos anos, como demonstra um estudo para a população finlandesa, que conclui que o consumo de concentrados eritrocitários aumenta com a idade, sobretudo a partir dos 50

anos (Ali, Auvinen e Rautonen, 2010). Noutro estudo efetuado num estado da Alemanha, prevê-se que em 2020 as necessidades de sangue aumentem em 25% enquanto as dádivas deverão ser reduzidas em 27% devido ao envelhecimento da população (Greinacher et al., 2011). Williamson e Devine, (2013) referem-se ao envelhecimento da população como “tsunami grisalho”, tal é a sua magnitude e implicações futuras. Enquanto a procura tende a aumentar, o número de dadores tende a diminuir; em França, entre 2009 e 2010, verificou-se uma redução do número de dadores de 15%, (Charles-Sire et al., 2012) quando eram necessárias mais de dois milhões de dádivas para suprir as necessidades anuais do país (Établissement Français du Sang rapport d’activité, 2009).

Apesar do esforço da comunidade científica em tentar obter sangue artificialmente através de várias abordagens, como a produção bem sucedida, mas em pequena escala, de células vermelhas do sangue<sup>1</sup> a partir de células estaminais, a sua produção em larga escala é improvável num futuro próximo (Timmins e Nielsen, 2011). Os custos e a reprodutibilidade em quantidades industriais continuam à espera de solução (Williamson e Devine, 2013). Quer isto dizer que a perspectiva de dependência da disponibilidade de dadores de sangue se vai manter.

O aumento da esperança de vida, das doenças crónicas, nomeadamente das doenças cancerígenas, tem levado ao aumento progressivo das necessidades de sangue. Os tratamentos médicos e cirúrgicos cada vez mais complexos, contribuem também para esse aumento (WHO, 2012).

Só os EUA viram o seu número de transfusões aumentar de 1,1 milhões em 1997, para 2,7 milhões de transfusões em 2007, (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2007) o que significa um aumento de 140% das necessidades de sangue em 10 anos. Por outro lado, as hemorragias maciças durante e após o parto, continuam a ser a primeira causa de morte materna mundial, exigindo transfusões de sangue no seu tratamento (WHO, 2012). Em África, a segunda maior causa de transfusão são precisamente as

---

<sup>1</sup> Também designadas de Eritrócitos ou Hemácias.

hemorragias durante o parto, responsáveis por 100 000 mortes anuais; mas as crianças afetadas com malária reclamam a maior fatia, equivalendo a 70% do total das transfusões naquele continente (The Lancet, 2005).

Existe um movimento decrescente do número e dadores de primeira vez tornando o recrutamento de dadores cada vez mais difícil (Wu y et al., 2001). No entanto, em alguns serviços de sangue da Europa, os dadores de primeira vez constituem até 35% do total de dadoras (Uva et al., 2011).

A satisfação dos utentes é sem dúvida um indicador útil na avaliação da qualidade da prestação de cuidados de saúde, permitindo aos serviços de saúde adequar o seu funcionamento sob a ótica dos seus utilizadores (Mota, 2010). Em Portugal existem vários estudos de satisfação dos dadores de sangue no âmbito da promoção da qualidade dos serviços de sangue (Barra et al., 2009; Cardoso et al., 2010).

Leal et al. (2010) no seu estudo, relaciona a satisfação dos utentes com vários itens ao longo do processo de colheita de sangue para análises clínicas, tentando perceber que aspetos são mais valorizados pelos utentes. Da mesma forma, a monitorização da satisfação da dádiva e do movimento de dadores constituem um dado importante na medida em que a probabilidade de um dador satisfeito retornar a doar e influenciar terceiros a doar, é maior do que um dador insatisfeito (Nguyen et al., 2008). Assim, a perceção da qualidade global da experiência de dádiva, desempenha um papel crucial na decisão de regressar para futuras dádivas (Schlumpf et al., 2008; WHO, 2010).

Mas a satisfação do dador de sangue assume um papel muito diferente dos demais utentes, pois o dador de sangue é sobretudo um utilizador que recorre voluntariamente aos serviços de saúde, contrariamente aos restantes que necessitam e dependem desses serviços. Mais do que um paciente associado à passividade ou a um mero consumidor de serviços, o dador de sangue comporta-se como um cliente dos serviços de saúde, que tem o poder de exigir um *standard* mínimo pelos serviços prestados, sob pena de não regressar. Note-se que as transfusões de sangue procedem da boa vontade e motivação dos dadores de sangue (WHO, 2010). Assim sendo, a satisfação dos dadores é de grande



importância, pois dela depende o fornecimento de sangue para os serviços de saúde (Gillespie e Hillyer, 2002; Nguyen et al., 2008).

Enquanto utente/cliente, o cidadão comum consegue perceber apenas as condições da estrutura e hotelaria dos hospitais (estado do edifício, quantidade de equipamentos, limpeza das instalações, entre outros) e a dimensão humana relativa à interação entre o utente e o profissional de saúde (simpatia, tempo de espera, disponibilidade e outros). Essa apreciação pode ser deturpada pela assimetria de informação e a respetiva relação de agência entre interlocutores, criando uma barreira natural na obtenção e entendimento integral da informação sensível ao funcionamento e prestação de cuidados das instituições. Esta qualidade “invisível” mantém-se afastada do grande público que não tem maneira de saber se efetivamente lhe são prestados bons ou maus cuidados de saúde, independentemente do seu grau de satisfação para com determinada instituição de saúde.

Mesmo a relação entre satisfação dos utentes e hospitais com boa reputação, isto é, altamente recomendados, pode ser contraditória, pois um hospital muito reputado não tem necessariamente níveis de satisfação similares, conforme demonstrado por Lacalle, (2008). A ERS (2013, p. não numerada) refere que *“Em matéria de qualidade, são recorrentes os indícios da existência de uma distância significativa entre a convicção de boas práticas por parte dos prestadores e a perceção das mesmas por parte dos seus utentes”*. Na mesma linha, Espiridião e Trad (2006 p.1272) acrescentam que *“Alguns autores fazem críticas ao emprego da satisfação para a avaliação da qualidade, ao considerar que, uma vez que a satisfação está fortemente baseada nas expectativas dos usuários, podem-se estar avaliando outros itens, e não especificamente a qualidade dos serviços.”*

Crow et al. (2002) afirmam que podem ser registados altos níveis de satisfação, mesmo quando os *standards* mínimos de prestação de cuidados não são atingidos.

A satisfação do dador de sangue, enquanto proxy de indicador de qualidade dos serviços, adquire um significado diferente e deve ser demarcado da satisfação dos utentes dos

serviços de saúde em geral, pelas suas características particulares. Isto é, por se tratar de uma dádiva, as probabilidades de os dadores regressarem serão proporcionais à satisfação na dádiva que está intimamente ligada com a continuidade em querer ser dador. Por outro lado, os dadores de sangue não estão sob a influência de oscilações do estado de saúde e dos resultados em saúde, como sucede com os demais utentes dos serviços de saúde, condição que tende a afetar a perceção de satisfação do utente (Crow et al., 2002). Deste modo, a satisfação na dádiva é um dos pilares para a retenção de dadores (WHO, 2010). Uva et al. (2011) sintetizam esta ideia numa frase eloquente: *“Num ambiente sem fins lucrativos, o marketing para a dádiva de sangue não trata de vender ou oferecer produtos mas de vender uma boa sensação aos dadores”* (Uva et al., 2011, p.96).

## 1.2 Estrutura do trabalho

Este trabalho encontra-se estruturado em seis Capítulos que se regem e encadeiam de forma sequencial, respeitando os seguintes pontos:

O tema e a sua importância, apresentando os fatos que conduzem à pergunta de investigação.

O enquadramento teórico e contextual, onde são abordadas as questões chave para a compreensão do trabalho, e apresentados os principais conceitos, assim como a relação entre eles.

Em seguida são apresentados os objetivos propostos para o trabalho, e posteriormente o material e métodos utilizados para a persecução dos mesmos.

Na discussão de resultados, com o apoio da evidência encontrada, são debatidos os aspetos metodológicos e limitações do trabalho desenvolvido, e os principais resultados, discutindo-se as suas implicações para a gestão hospitalar. Finalmente são retiradas conclusões, evidenciando-se as principais ideias decorrentes do trabalho realizado.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONTEXTUAL**

## **2. Enquadramento teórico e contextual**

O objetivo deste capítulo consiste em determinar qual a produção literária pertinente para o tema em estudo, fornecendo as bases conceituais relacionadas com a temática, clarificando a forma como esta tem sido abordada e estudada (Fortin, 1999; Fortin, Côté e Fillion, 2009).

### **2.1 Conceito de dádiva de sangue**

A doação de sangue envolve a inserção de uma agulha numa veia do antebraço, recolhendo-se cerca de 10% do volume total de sangue do indivíduo em alguns minutos. Por todo o mundo este procedimento é feito milhares de vezes diariamente, quase sempre sem quaisquer complicações, à exceção de um desconforto moderado e transitório (Goodnough et al., 1999). A dádiva de sangue em Portugal é um ato cívico, voluntário, benévolo e não remunerado (Lei nº 37/2012 de 27 de agosto). A lei Portuguesa segue a recomendação e definição da WHO (2010) relativa à dádiva de sangue não remunerada que deve ser livre, sem envolver pagamento de dinheiro ou outra forma de pagamento considerada em sua substituição; incluindo dispensa de trabalho para além do necessário para a dádiva e respetiva deslocação.

Esta definição resulta de uma resolução emanada em 1975 pela mesma OMS, encorajando à dádiva não remunerada (WHO, 1975). Este organismo estabeleceu como meta, que até 2020 a totalidade das dádivas mundiais deveram ser não remuneradas (WHO, 2011). Portugal, Itália, Grécia e Estónia aderiram à dádiva não remunerada em 1990 (Commission of the European Communities, 2006) sendo que, em 2011, 61 países reportaram colher sangue recorrendo à dádiva voluntária e não remunerada a 100% (WHO, 2013a). Em média, 96% dos dadores de sangue europeus doa sangue total, os restantes 4% são dadores de componentes sanguíneos (Uva et al., 2011).

O critério de elegibilidade por idade em Portugal para doar sangue é ter entre os 18- 65 anos. Em muitos países da Europa o limite superior atinge os 70 anos. A idade mínima

para doar sangue nos EUA é de 17 anos, mas desde 2010, em 34 estados desse país, a dádiva passou a ser permitida com 16 anos de idade (Greco e Shaz, 2013).

## **2.2 Legislação Comunitária e Portuguesa sobre a dádiva de sangue**

Cabe ao IPST IP garantir e regular a nível nacional o processo de dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano e os componentes que dele derivam (Decreto- Lei nº 39/2012 de 16 de Fevereiro). A coordenação e promoção da dádiva devem visar a autossuficiência nacional, de acordo com o mesmo diploma legal.

O sistema de hemovigilância associado aos sistemas de qualidade para a colheita e processamento de sangue, constituem o garante de que esse mesmo sangue seja colhido, processado e transfundido, à luz das melhores práticas que a ciência atual permite.

A qualidade e segurança do sangue humano e componentes sanguíneos, são asseguradas através do Decreto-Lei nº267/2007 de 24 de Julho, que na prática é a transposição das diretivas 2004/23/CE (que estabelece os requisitos técnicos e normas em detalhe) e 2005/62/CE (específica o sistema de qualidade) impostas pelo Parlamento Europeu e do Conselho. Da fusão entre o IPS e a ASST, ditada pelo PREMAC, (Decreto lei nº 124/2011 de 29 de Dezembro) nasceu o IPST que passou a integrar as funções da ASST, ficando responsável pela verificação e cumprimento dos requisitos técnicos necessários para a dádiva, colheita, processamento, armazenamento e distribuição de sangue humano e seus componentes.

Durante os últimos anos, tem-se assistido à concentração de serviços quanto ao processamento e análise de componentes sanguíneos, consubstanciando-se com o cumprimento dos novos requisitos técnicos emanados do Decreto-Lei nº267/2007. Alguns serviços certificados foram protocolados para desempenhar funções na área do processamento e análise de sangue, como é o caso do Hospital Espírito Santo de Évora, que processa e analisa as unidades colhidas pela Unidade Local de Saúde do Norte

Alentejano e do Hospital do Litoral Alentejano (ULS desde outubro de 2012), efetuando também análises específicas das dádivas realizadas na Unidade Local do Baixo Alentejo (MS. ASST, 2011).

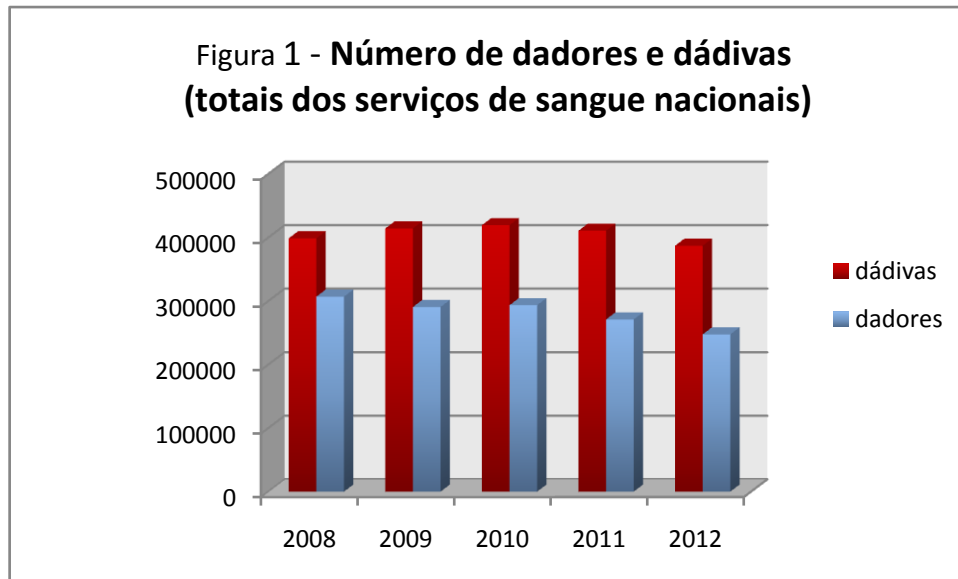
### **2.3 O sistema de colheita de sangue português**

O sistema é composto por três centros Regionais de Sangue, Lisboa, Porto e Coimbra, pertencentes ao IPST IP, e por mais 26 hospitais e centros hospitalares distribuídos pelo país que podem ser denominados serviços de Sangue ou Serviços de Medicina Transfusional, consoante as atividades que desempenhem. São os Centros Regionais e os hospitais, que asseguram as colheitas nacionais. Em 2005, o então IPS tentou centralizar as colheitas apenas nos seus postos de colheita, retirando aos hospitais essa incumbência. O resultado foi desastroso pois o IPS não conseguiu gerir e assegurar as necessidades de sangue dos hospitais que até então estavam salvaguardadas com as suas próprias colheitas, culminando na supressão de intervenções cirúrgicas por falta de sangue. Houve então um retrocesso dessa medida verificando-se atualmente uma descentralização dos postos de colheita e uma centralização do processamento das dádivas colhidas, gerando poupanças substanciais.

A Base de Dados Nacional de Reservas de Sangue contém *“todos os elementos relativos ao sangue disponível no país. Permite conhecer em qualquer momento, a quantidade de sangue existente por grupo sanguíneo, instituição e a nível nacional bem como a pesquisa de grupos sanguíneos específicos.”* (Conselho Superior de Estatística, GTES, 2012, p.51).

A gestão de Serviços de Sangue, Serviços de Medicina Transfusional e Centros Regionais de Sangue é feita através da base de dados ASIS; A recolha da informação é feita *on-line*, na maioria dos casos, ou por transferência de dados (Conselho Superior de Estatística, GTES, 2012).

O Sistema de Integrado de Bancos de Sangue (SIBAS) é um sistema de informação utilizado nos serviços de sangue na gestão do processo de dádiva.



Fonte: Adaptado de MS. ASST, 2011.

Em 2011 foram colhidas em Portugal mais de 400 000 mil unidades de sangue, com cerca de 60% das colheitas efetuadas nos centros regionais e as restantes nos hospitais, distribuição que se tem mantido semelhante nos últimos anos (Figura 1) (MS. ASST, 2011).

## 2.4 Caracterização da dádiva

O projeto da gestão de dádiva na Europa, (*Donor Management In Europe*) designado por DOMAINE, abrangeu 48 serviços de sangue de 34 países europeus incluindo Portugal, recolhendo informação sobre a gestão de dadores de sangue. Daqui apurou-se que 85% das colheitas são efetuadas em unidades móveis e que 55% fazem colheitas também aos fins-de-semana (Uva et al., 2011).

As dádivas de sangue de países como Inglaterra, França e Irlanda provêm exclusivamente dos respetivos serviços nacionais de saúde para a colheita de sangue, ficando estes responsáveis pela colheita. Noutros, a Cruz vermelha detém a maioria dos locais de colheita. Em Portugal, Espanha, Grécia, Noruega, Dinamarca e Itália as colheitas dependem de organizações voluntárias (associações de dadores no caso de Portugal) e de serviços de sangue apoiados pelos hospitais (Bani e Strepparava, 2011).

## 2.5 Motivação para a dádiva de sangue

Os motivos que conduzem à primeira dádiva são variáveis tal como variam as razões para as dádivas futuras (Schumpf et al., 2008). Contudo, as razões subjacentes à decisão de doar sangue pela primeira vez, tendem a diferir no seu *rationale* dos dadores de repetição: os fatores motivacionais vão sendo modificados à medida que o dador percorre a sua carreira de dador (Gillespie e Hillyer, 2002).

Piliavin et al. (1984) citado. por Newman, (1997) sugerem que são necessárias, no mínimo, três dádivas para que se inicie o câmbio motivacional das razões extrínsecas às convicções intrínsecas ao dador. Segundo Duboz et al. (2012) os dadores ocasionais são motivados sobretudo por fatores externos ao indivíduo, como a sugestão de amigos ou familiares, ou um apelo dos *media*. Veja-se a título de exemplo, o que sucedeu durante o 11 de Setembro de 2001 nos EUA: cerca de 500 000 unidades de sangue foram colhidas com alguns centros de colheita a registarem 60% de dadores de primeira vez (Schmidt, 2002). Pelo contrário, os dadores regulares doam sangue por motivos de ordem altruísta ou comunitária (Duboz et al., 2012).

O altruísmo pode ser definido como uma motivação intrínseca, apontada pelos dadores de sangue como sendo a principal motivação para a dádiva (Piliavin e Callero, 1991 cit. por Charles-Sire et al., 2012) ou ainda como um comportamento pró-social sem benefício óbvio para o próprio mas com benefício para um terceiro (Zillmer et al., 1989).

Em 2004, as principais motivações para a dádiva argumentadas pelos dadores franceses foram: o encorajamento por alguém próximo, salvar vidas, ajudar os doentes, e a solidariedade (Schneider, Fontaine e Huart, 2004).

Como já foi referido, em Portugal as dádivas de sangue são 100% voluntárias e não remuneradas. Mas em países em que tal não sucede, o fator “remuneração” parece não ser determinante no retorno à dádiva conforme atesta um estudo de Weidmann e Klüter (2013) na Alemanha, onde uma pequena percentagem de dádivas continua a ser remunerada. Este estudo revela existir um retorno ligeiramente maior dos dadores



remunerados dois anos após a dádiva, mas este compromisso perde-se nas dádivas remuneradas ao final de quatro anos, prevalecendo em maior número os dadores voluntários.

O Estudo de Trimmel, Lattacher e Janda, (2005) mostra que 88% dos dadores voluntários são motivados pelo desejo de ajudar o próximo. Apenas 15% dos dadores deste estudo continuariam a dar sangue se houvesse lugar a compensações pela dádiva. A recompensa na dádiva pode na realidade ter o efeito contrário do incremento na dádiva, podendo afetar negativamente a autoestima que uma dádiva voluntária proporciona. Este efeito designa-se por “*Crowding-out effect*” em que os dadores voluntários se sentem traídos face ao pagamento das dádivas, julgando que o seu gesto altruísta já não é necessário, abandonando a dádiva (WHO, 2013).

No entanto, mesmo em Portugal existem formas não remuneradas de compensação, como a atribuição de dias de férias ou a isenção de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários, que funcionam como um incentivo estatal à dádiva de sangue. Em Portugal, estas formas de compensação não terão a mesma conotação e efeito depreciativo que porventura a remuneração direta fomenta (*crowding-out effect*). O estudo de Machado (2013) demonstra mesmo que os dadores Portugueses adequaram a frequência da dádiva ao número de dádivas requerido para obter isenção de taxas moderadoras. Quando em 2003 eram necessárias três dádivas anuais para usufruir deste incentivo, e a partir desse ano passaram a ser requeridas apenas duas, ocorreu uma redução de dádivas *per capita*, verificando-se que os dadores adequaram o número de dádivas a essa nova realidade.

Um fator motivacional para a dádiva pode ser a gratidão por transfusões recebidas por familiares. Outro pode ser o *check- up* gratuito, (Bani e Strepparava, 2011) ou outras formas de compensação não monetária, como bilhetes gratuitos para eventos, descontos, ou incentivos sociais traduzidos em reconhecimento para os dadores (Nguyen et al., 2008).

Para Mathew et al. (2007) o medo e a inconveniência constituem as principais barreiras para os que nunca deram sangue. Num estudo feito no Reino Unido Kuruvatti et al. (2011), concluíram que a inconveniência e motivos de ordem médica, constituem as causas principais para os que deixam de doar sangue. No outro extremo, verifica-se que os dadores com fator *Reshus* (RH) negativo, os dadores mais velhos, e os dadores com maior grau de instrução, são os que têm taxas de retorno mais elevadas (Ownby et al., 1999).

## 2.6 Conceito de Satisfação do Utente

O conceito de satisfação do utente começou a ser utilizado na década de 50 (Abdellah e Levine, 1957 cit. por Mpinga, 2011). Os estudos de satisfação dos utilizadores ganharam notoriedade na literatura, principalmente na década de 70 nos EUA e Inglaterra, motivados pelo arquétipo do consumismo e uma nova cultura de qualidade crescente (Espiridião e Trad, 2006). As Instituições de saúde passaram a incorporar a satisfação dos utilizadores nos seus indicadores de qualidade, com o objetivo de monitorizar e incrementar *performances*, mas também pela pressão exercida na inclusão do "ponto de vista dos seus utentes" nesses indicadores (Sitzia e Wood, 1997).

"Satisfação" provém da raiz latina "*satis*" que significa suficiente, algo que satisfaz e preenche adequadamente as expetativas, necessidades ou desejos, e ao atribuir o que é necessário não deixa margem para reclamações (Crow et al., 2002).

Asadi-Lari, Tamburini, e Gray (2004) definem "satisfação" como a extensão da experiência do utente, comparada com as suas expetativas.

Por outro lado, Crow et al. (2002) referem que a insatisfação é definida como descontentamento, falha em satisfazer. É possível que um consumidor esteja satisfeito até que aconteça algo desfavorável e a insatisfação surja despoletada por esse evento crítico.

Pascoe (1983) de acordo com Espiridião e Trad (2006, p. 1270) Considera que a satisfação *“é uma avaliação pessoal do serviço recebido, baseada em padrões subjetivos de ordem cognitiva e afetiva e é estabelecida pela comparação entre a experiência vivida e critérios subjetivos do usuário. Esses critérios incluem a combinação dos seguintes elementos: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média da experiência passada em situações de serviços similares e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável.”*

A expressão de satisfação do utilizador não reflete necessariamente uma avaliação positiva. Os utentes sentem-se satisfeitos independentemente da boa qualidade do cuidado recebido e a insatisfação é manifestada apenas em eventos extremamente negativos. Portanto, a satisfação não indica que um cuidado foi bom, mas apenas que nada de extremamente mau aconteceu (Williams, 1994; Williams, Coyle e Healy, 1998).

No entanto também é verdadeiro que um sistema de saúde que não satisfaça os seus consumidores, independentemente da sua qualidade técnica, não serve cabalmente a sociedade para o qual foi criado (Donabedian, 1966 cit. por Jackson, Chamberlin e Kroenke, 2001).

## **2.7 Causas de insatisfação na dádiva de sangue**

No âmbito do projeto DOMAINE, Uva et al. (2011) referem, no questionário efetuado a 29 serviços de sangue europeus, que as reclamações mais frequentes nos serviços de sangue Europeus referem-se aos tempos de espera prolongados. Também são referidos com frequência os problemas logísticos, horários de abertura, estacionamento e localização do posto de colheita, comportamentos das equipas e suspensão de dadores.

De acordo com Ford e Wallace (1975) citados por Gillespie e Hillyer (2002) secundado por Schreiber et al. (2006), a falta de um local conveniente para a dádiva, próximo dos dadores, é a razão mais importante para o não retorno de dadores de primeira vez e dadores regulares, seguida por fraca competência da equipa, atitude da equipa, má experiência e tempo de espera.

Um outro aspeto que gera desalento, são as suspensões temporárias na dádiva de sangue. Em 2012, os serviços de sangue nacionais suspenderam temporariamente 88022 dadores de sangue (MS. IPST. SPHV, 2012).

Na Austrália, cerca de 5% do total de dadores australianos são suspensos temporariamente devido a baixos níveis de hemoglobina. A suspensão temporária interrompe a rotina de doar e pode contribuir para a diminuição das taxas de retorno ao induzir a ideia de que em dádivas futuras o mesmo volte a suceder (Hillgrove, Doherty e Moore, 2012). Esta suspensão pode ser mal interpretada e entendida como sendo definitiva, enquanto outros fatores como o sentimento de rejeição, desapontamento ou desperdício de tempo, poderão conduzir ao não retorno (Mathew et al., 2007; Hillgrove, Doherty e Moore, 2012).

No que respeita aos dadores de primeira vez, apenas 25% retornam quando suspensos temporariamente, enquanto 47% do total de dadores de primeira vez elegíveis, retornam à dádiva (Custer et al., 2007).

As complicações relacionadas com a dádiva de sangue acontecem em cerca de 1% do total de dádivas de sangue total (Jorgensen e Sorensen, 2008). O Programa de hemovigilância da *American Red Cross* estima essa frequência em 3,5% (Eder et al., 2006), enquanto Greco e Shaz (2013) afirmam que 2 a 5% dos dadores experiencia uma reação adversa. Newman et al. (2003) entrevistaram 1000 dadores aleatoriamente três semanas após a dádiva, identificando 22,7 % dos dadores com equimose na zona de punção, o que sugere que os hematomas estão subestimados, concorrendo para um valor superior de complicações.

No entanto, as queixas relacionadas com complicações na dádiva, como hematomas, merecem muita atenção (Uva et al., 2011). A condição do dador pré-dádiva, o nível de dor na venipunção, a atitude da equipa face ao dador, e o tempo de espera em associação com os anteriores, revelaram-se estatisticamente significativos na insatisfação da dádiva num estudo protagonizado por Jovanović et al. (2012). O mesmo autor afirma que há um

conjunto de fatores que determinam a satisfação do dador e a combinação desses fatores pode agravar o grau de insatisfação.

A falta de profissionalismo, a antipatia e a prestação de cuidados não seguros, são obstáculos óbvios ao regresso de dadores, sobretudo os dadores de primeira vez e com pouca experiência na dádiva (WHO, 2010).

É também necessário lidar adequadamente com as queixas dos dadores para a sua satisfação e manutenção na dádiva (Uva et al., 2011).

Indubitavelmente, uma experiência negativa durante a dádiva de sangue poderá causar afastamento temporário ou definitivo do dador. Experiências negativas no processo de dádiva correspondem ao abandono de dadores em 6 a 19% do total de dadores, percentagem que atinge os 20 a 41% no caso dos dadores de primeira vez (Thomson et al., 1998).

De acordo com France, Rader e Carson (2005) a probabilidade dos dadores de sangue total retornarem para uma dádiva após uma reação vagal ligeira, é reduzida em 20% para dadores de primeira vez e 33% para dadores regulares. Na presença de complicações moderadas ou severas, as taxas de retorno são reduzidas em 50%. Num estudo protagonizado por Jorgensen e Sorensen (2008) um terço das complicações é causada pela inserção da agulha e dois terços são de origem vagal. Evitar e lidar adequadamente com estas situações serve dois propósitos: a manutenção do bem-estar e saúde do dador e a predisposição do dador para dádivas futuras. Convém dizer que a sensação de lipotimia <sup>2</sup> ou lipotimia efetiva, também pode ser despoletada por fatores dificilmente controláveis ou não controláveis pela equipa, como visão do sangue ou de outros a doar sangue, ansiedade individual ou coletiva, e por outras razões não explicáveis (American Association of Blood Banks, 2002).

---

<sup>2</sup> Desmaio ou síncope.

Os dadores que classificam a sua experiência de dádiva como muito boa indicam 3,6 vezes mais hipóteses de regressar à dádiva seguinte em comparação com os que tem experiências de dádiva medíocres (Schumpf et al., 2008).

## **2.8 Satisfação dos dadores de sangue e impacto no retorno à dádiva**

Manifestamente, a satisfação dos dadores relaciona-se fortemente com a sua manutenção enquanto dadores (Uva et al., 2011). Um grande estudo com 30 mil dadores, protagonizado pelo *Donor Loyalty Group* conduzido através da Web, revelou que os dadores que esperam mais de 30 minutos para doarem sangue têm menos 15% de probabilidade em regressar à dádiva seguinte. O mesmo estudo refere que a satisfação com a dádiva está também relacionada com a inserção da agulha (ADRP, the DROP, 2008).

## **2.9 Motivos que prolongam o tempo de espera**

Uva et al. (2011) recolheram informação sobre os motivos de espera dos serviços de sangue europeus identificando as seguintes razões: atrasos na abertura dos serviços, recursos humanos insuficientes, cadeiras para a dádiva em número insuficiente, congestionamento de dadores que chegam ao mesmo tempo, falta de trabalho em equipa, aumento de dadores extraordinário devido a apelos.

## **2.10 Fatores que influenciam a satisfação do dador de sangue**

Uma experiência positiva na dádiva conduz a uma boa impressão que permanece na memória (Nguyen et al., 2008).

Num grande estudo com 30 mil dadores de sangue, a perceção de bem-estar durante e após a dádiva é o mais forte preditor de retorno para a dádiva seguinte (Thomson et al., 1998; Germain et al., 2007). Efetivamente, os dadores que se sentem bem durante a primeira dádiva e em que essa dádiva é considerada gratificante, vêem fortalecido o

desejo em regressar à dádiva seguinte (Pagliariccio e Marinozzi, 2012). De acordo com Schumpf et al. (2008), a frequência habitual para a dádiva, a intenção de regressar, a vivência no processo de dádiva, e a presença de um local de colheita apropriado, são também preditores do retorno dos dadores de sangue. É através da satisfação na dádiva que os dadores de sangue obtêm, pela via psicológica e emocional, um reforço da sua autoestima (Piliavin e Callero, 1991, cit. por Charles-Sire et al., 2012).

É verdade que a perceção de satisfação do dador pode variar em função da idade, do grau de instrução, da região ou país de colheita, e com o histórico de dádiva (Nguyen et al., 2008). O mesmo autor afirma que os dadores mais jovens têm tendencialmente mais satisfação na dádiva, influenciados pelo efeito “novidade”, enquanto os dadores mais experientes observam menos tolerância a falhas que podem escapar aos menos experientes. O mesmo acontece com os mais instruídos, ao atribuírem porventura um valor superior ao tempo despendido, sendo mais exigentes e reclamando padrões de qualidade mais elevados.

Mas também será verdade que a antecipação e provisão adequada de recursos humanos e materiais, são uma medida elementar e transversal para o sucesso nos locais de recolha de sangue, aliada a uma escolha criteriosa e estratégica do local de colheita, como atestam Uva et al. (2011, p. 140.): *“Sessões bem organizadas são um elemento importante da gestão de dadores dado que asseguram colheitas suficientes e estimulam os dadores a fazer dádivas subsequentes”*.

### **2.11 A importância dos dadores de primeira vez**

A necessidade de recrutamento e substituição dos dadores que vão paulatinamente saindo por critérios de elegibilidade, constitui um foco de interesse importante para os serviços de sangue (Gillespie e Hillyer, 2002).

A primeira experiência de dádiva pode ser especialmente importante no que se refere a possibilidade de regresso para futuras dádivas (Breckler, 1994).

Carlzon (1989) refere-se à primeira dádiva como o “momento da verdade”, tal é a sua importância enquanto fator de decisão em regressar. Obviamente, a experiência emocional passada vai influenciar ações futuras (Breckler, 1994). Acresce ainda que o dador que regressa, influencia outros a doar; o que não regressa pode fazer justamente o contrário (Bani e Strepparava, 2011).

Após a primeira dádiva Piliavin e Calero, (1991) citados por Newman (1997) concluíram que estes dadores podem ser categorizados em três grupos:

- Não dadores confirmados, quando a experiência de dádiva é suficientemente má ou quando os dadores sentem que já cumpriram com a sua obrigação moral pelo menos uma vez.
- Dadores esporádicos com a possibilidade de se tornarem regulares.
- Dadores que adiam a sua decisão de retornar ou vão permanecendo em *stand-by*.

Em 2008 o relatório do conselho da Europa relativo ao uso do sangue e seus componentes na Europa, referia que em 33 estados membros, a média dos dadores de primeira vez correspondia a 19% do total da base de dados dos dadores de sangue (Poel, Janssen e Gross, 2008).

Através do inquérito por questionário DOMAINE, conclui-se que a composição da população dadora, no que se refere a dadores de primeira vez e a dadores regulares, varia amplamente consoante os serviços avaliados. Para muitos destes serviços as primeiras dádivas são responsáveis por até 35% das dádivas (Uva et al., 2011). Em 2009, nos EUA foram colhidas mais de 17 milhões de dádivas homólogas<sup>3</sup> correspondentes a mais de 10 milhões de dadores em que 29% foram dadores de primeira vez e 71% dadores de repetição (The 2009 National Blood Collection and utilization Survey Report, 2009).

---

<sup>3</sup> Cujo dador é estranho ao recetor





Fonte: Adaptado de MS. IPST, 2012.

Em 2012, a nível nacional os dadores homólogos de primeira vez correspondiam a 18% do total de dadores homólogos (Figura 2) o que está de acordo com a média encontrada no relatório do conselho da Europa (Poel, Janssen e Gross, 2008).

Royce e Doochin (1995) perfilam os grandes dadores de sangue (com mais de 64 dádivas em média) como: homens caucasianos, com grau de instrução médio a elevado, forte perceção da necessidade de doar sangue, e idade média de 52 anos, o que reforça a necessidade de renovar quanto antes este importante grupo de dadores.

Germain et al. (2007) e Cardoso et al. (2010) afirmam que não existe relação entre a idade da primeira dádiva e o número de dádivas efetuadas, e que a idade da primeira dádiva não é determinante para o retorno do dador. No entanto Verifica-se que a percentagem de dadores de primeira vez diminui à medida que a idade aumenta (Uva et al., 2011).

Kasraian e Tavassoli, (2012) atestam que quanto mais dádivas ocorrem no ano de início enquanto dador, maior a taxa de retorno nos anos subsequentes. Assim, o regresso

precoce é especialmente significativo para o estabelecimento da dádiva regular, sendo preditiva na continuidade em doar (Ownby et al., 1999).

### **2.12 Percentagem de retorno dos dadores de primeira vez**

Vários estudos indicam que apenas uma pequena percentagem de dadores repete a dádiva (Royse e Doochin, 1995; Ownby, 1999).

Thomson, et al. (1998) indicam que mesmo os dadores de primeira vez com experiência de dádiva considerada positiva, têm taxas de abandono de 10,7% a 14,1% ( $P \leq 0,0001$ ).

Na Austrália as estatísticas demonstram que 40% a 50% dos dadores de primeira vez não regressam; em 2006 no Canadá 48% dos dadores de primeira vez não regressavam nos primeiros 12 meses, percentagem que foi exatamente a mesma reportada pelo serviço nacional de saúde inglês (Devine et al., 2007).

Schreiber et al. (2005) num estudo envolvendo 179409 dadores, afirma que apenas 32% dos dadores de primeira vez regressou no primeiro ano, e apenas 7,7% se tornou dador regular no final de 6 anos de seguimento.

### **2.13 A Atitude dos profissionais**

A avaliação da equipa no que se refere ao acolhimento e a atenção prestada ao dador relacionam-se com sentimentos positivos aumentando a possibilidade de retorno à dádiva (Piliavin e Calero, 1991, cit. por Newman, 1997).

Os profissionais responsáveis pela colheita de sangue devem adotar sempre um atitude calorosa permanecendo atentos e eficazes; a informação dispensada aos dadores deverá ser precisa e concisa (Ministère de la Santé Publique. République Tunisienne. Circulaire 49/05, cit. por Amor et al., 2013). A experiência do flebotomista está associada à redução da probabilidade dos dadores observarem reações adversas (Nguyen et al., 2008; Bednall et al. 2013).

É fundamental contratar, treinar e reter profissionais qualificados que providenciem um serviço de excelência na recolha de sangue (Gillespie e Hillyer, 2002; Nguyen et al., 2008; Bednall et al. 2013).

A sala de colheitas deve ser atrativa, acessível e permanecer aberta num horário conveniente; também deve ser bem iluminada, confortável e ventilada, limpa; o pessoal deve ser amável e compreensivo; os profissionais devem estar bem treinados (American Association of Blood Banks, 2002).

A maior parte das reações vagais ou lipotimias acontecem até aos 15 minutos após a dádiva; é fundamental a elevação dos membros inferiores durante a dádiva e o levante progressivo após a dádiva e se possível reter o dador o tempo suficiente para minimizar a ocorrência de incidentes no exterior do local de colheita; por exemplo, acidentes de viação (Tomasulo, Bravo e Kamel, 2010). Identificar os dadores com risco aumentado atuando preventivamente para minimizar o risco de síncope, é uma boa forma de reter dadores aumentando a hipótese de uma boa experiência de dádiva (Meade, France e Paterson, 1996).

As reações adversas são mais prováveis de ocorrer nos jovens com menos de 20 anos de idade, nos dadores de primeira vez e nas mulheres (Eder et al., 2011; Greco e Shaz, 2013). É fator de risco ter tensão arterial baixa pré-dádiva (Kasprisin et al., 1992). No que concerne aos dadores de primeira vez, France, Rader, e Carlson (2005) afirmam que 16,1% dos dadores de primeira vez tem reações vagais ligeiras, contra 5% em dadores com experiência de dádiva. São também fatores de risco para reações vagais: ter dormido menos de 6 horas, ter um índice de massa corporal inferior a 25, e a última refeição ter ocorrido há mais de 4 horas (Takanashi et al., 2012).

Ansiedade antecipatória pode ser precursora de síncope (Kaloupek, Scott e Khatami, 1985). Num estudo de Pagliariccio e Marinozzi, (2012) que tenta minimizar as reações vagais desencadeadas por emoções fortes como o medo, aplicou-se uma abordagem psicológica em três passos: As boas vindas; com o objetivo de colocar o dador à vontade; a entrevista médica; observando aspetos psicológicos em que o clínico está atento aos

receios dos dadores esclarecendo dúvidas e atenuando ansiedade; e a transferência do dador até à sala de colheitas, atenuando a sensação de abandono. Através destas medidas simples, os autores obtiveram resultados surpreendentes: 0,77% de reações vagais com 96,64% do total de dadores que se tornaram dadores regulares, contra 14,63% e 60,97% respetivamente no procedimento *standard* de entrevista. A ansiedade pré-dádiva é normalmente recordada de forma exacerbada constituindo um viés de memória que é agravado pelo intervalo mínimo imposto entre dádivas (9 a 12 semanas) (Breckler, 1994). Isto significa que a ansiedade poderá agir como fator desencadeante de reação vaginal e poderá agir como elemento dissuasor no regresso à dádiva seguinte pela tendência em agravar a má memória dos episódios de ansiedade passados.

## 2.14 O reconhecimento

*“Agradecer aos dadores é um modo simples mas eficaz para melhorar a satisfação e manutenção/ fidelização dos dadores.”* (Uva et al., 2011, p.176). O efeito positivo mais importante para a construção de um dador leal é a performance da equipa: o dador deve sentir-se apreciado e ficar com boa impressão sobre as competências das equipas (Devine et al., 2007).

O reconhecimento *“aumenta a valorização do dador relativamente à dádiva de sangue e encoraja-o a fazer dádivas múltiplas”* (Uva et al., 2011, p.99). Antes de deixar o local de colheita, o dador de sangue, ao ser reconhecido no final, permanecerá com essa última boa impressão, que constitui um reforço e mote para a dádiva seguinte.

## 2.15 Os custos da dádiva de sangue

Embora o sangue e seus derivados não possam ser comercializados, estes têm um custo de produção importante. Os preços dos produtos sanguíneos são regulados pelo Estado para todo o país (Gonçalves, Muon e Gonçalves, 2005). Salienta-se que: o sangue não é vendido, estes preços representam os vários custos associados à colheita de sangue.

De acordo com Uva et al (2011) as despesas dividem-se em custos fixos (por exemplo, com pessoal ou a hipoteca do imóvel onde se efetua a colheita) e custos variáveis que estão dependentes do número de colheitas, como é o caso dos consumíveis. Os mesmos autores diferenciam os custos em diretos, que englobam os custos fixos e variáveis, e os indiretos, isto é, aqueles que excedem a relação direta com o processo de colheita de sangue. O custeio imputado à colheita de sangue torna-se mais ou menos complexo, consoante a profundidade e abrangência dos custos a afetar. Os custos como os recursos humanos envolvidos, equipamento, consumíveis (sacos de colheita, lanches, material clínico) e deslocações para postos de colheita móveis, são mais evidentes de contabilizar. Mas existem outros que não são tão óbvios, como a amortização e desgaste de equipamentos ou veículos envolvidos, a eletricidade, água, aquecimento, os sistemas de informação utilizados, certificações de programas de qualidade, despesas com recrutamento de dadores, ou ainda os recursos humanos indiretos, como a limpeza ou o serviço de cozinha. Para efeitos de *benchmarking* entre instituições, a comparação deverá ser cautelosa face à multiplicidade de critérios no apuramento do custeio com a dádiva. A metodologia de custeio “*Activity - based costing*” (ABC) é sugerida como a mais indicada para determinar os custos de atividades complexas como o processo de transfusão de sangue associado à de recolha de sangue (Shander, 2005; Uva et al., 2011; Abraham e Sun, 2012).

Para referência, Brilhante, Macedo e Santos (2008) calcularam que os custos diretos associados à transfusão de uma UCE em doentes do foro hemáto-oncológico do IPOFG de Lisboa, seriam de 348,2 €, repartidos em 22% de custos com a colheita, 72% com custos de preparação de análises e manutenção, e 6% atribuídos ao ato transfusional. Quer isto dizer, que os custos de uma transfusão de CE relacionam-se quase na totalidade com o processo de dádiva.

Numa outra vertente dos custos, manter um dador para uma dádiva de sangue subsequente é, em geral, menos dispendioso do que angariar outro dador (Uva et al., 2011), pois esse processo implica dispêndio de tempo e recursos considerável; é também mais custo-efetivo reativar antigos dadores, do que recrutar novos dadores (WHO, 2010). Os serviços de sangue hospitalares terão todo interesse na angariação e retenção de

novos doadores, pelo seu contributo para a autossuficiência em consumo de sangue e seus componentes. Os programas cirúrgicos dos hospitais exigem muitas vezes sangue a consumir no ato cirúrgico, ou a reservar em caso de necessidade. Não estar dependente de outras instituições para cumprir esta exigência formal, poderá significar mais produtividade cirúrgica, convertida, por sua vez, em GDH cirúrgicos, que são fonte de receita para muitos hospitais em que o modelo de financiamento é fundamentado na produção hospitalar.

**Quadro 1 - Tabela das Unidades Terapêuticas de Sangue e Outros Serviços Prestados pelo IPST, I.P**

Código	Designação	Preço (euros)	Pond.
	Tabela de preços das unidades terapêuticas de sangue e outros serviços a cobrar pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST, IP) a todos os serviços de imuno-hemoterapia/serviços de medicina transfusional hospitalares, públicos ou privados e a todos os serviços de saúde autorizados a realizar a prática transfusional.		
	<b>PRODUTOS HOMÓLOGOS PARA USO TERAPÊUTICO</b>		
<b>29010</b>	Eritrócitos desleucocitados . . . . .	164,00	31,5
<b>29020</b>	Plaquetas standard desleucocitadas . . . . .	70,00	13,4
<b>29030</b>	Pool de plaquetas desleucocitadas . . . . .	282,00	54,1
<b>29040</b>	Plaquetas de aférese desleucocitadas . . . . .	352,00	67,6
<b>29050</b>	Plaquetas de aférese desleucocitadas com redução patogénica . . . . .	432,00	82,9
<b>29060</b>	Pool de plaquetas com redução patogénica . . . . .	362,00	69,5
<b>29070</b>	Plasma fresco congelado de quarentena . . . . .	74,00	14,2
<b>29080</b>	Plasma fresco congelado com redução patogénica . . . . .	85,00	16,3
<b>29090</b>	Plasma fresco congelado desleucocitado de quarentena . . . . .	74,00	14,2
<b>29100</b>	Crioprecipitado . . . . .	62,00	11,9
<b>29110</b>	Crioprecipitado de quarentena . . . . .	77,00	14,8
<b>29120</b>	Crioprecipitado desleucocitado de quarentena . . . . .	81,00	15,5

Fonte: Diário da República, 1.ª Série 20 (9-01-2014.)

Por outro lado, a aquisição de sangue e componentes ao IPST é desvantajosa em relação à recolha de sangue autónoma. Observando o quadro 1, uma unidade de eritrócitos desleucocitados (UED) adquirida ao IPST tem um custo de 164 € para os hospitais. Cada colheita de sangue total efetuada, proporciona uma UED, (164 €) uma unidade de concentrado de plaquetas (70 €) e uma unidade de crioprecipitado desleucocitado de quarentena (81 €) ou uma unidade de plasma fresco congelado desleucocitado de quarentena (74 €). O crioprecipitado é pouco utilizado, pois o fibrinogénio liofilizado substitui a sua função sendo mais prático de utilizar sem aumentar os custos. O sangue e

os seus componentes quando excedentários, podem ser encaminhados para outras instituições ao preço de tabela do quadro 1, constituindo este processo uma fonte de receita adicional. Para se ter uma ideia, em 2012 o HESE enviou 2367 UED excedentárias para outras instituições, o que equivale a um encaixe de 388 188 €.

As instituições recoletoras de sangue cobram ainda ao IPST 15 € por cada unidade de sangue total homólogo colhido e 2,5 € por cada lanche pós-dádiva oferecido aos dadores. Mesmo com os custos associados à dádiva, a colheita de sangue é muito mais proveitosa do que a sua aquisição direta.

Ainda de outra perspetiva, não pode ser olvidada a importância dos programas de gestão de sangue e o critério rigoroso para a atribuição de transfusões de sangue. Deve ser garantido que cada transfusão seja efetivamente necessária e apropriada (Williamson e Devine, 2013). A autossuficiência, em conjugação com uma gestão refletida do sangue disponível, poderá gerar poupanças muito superiores às que já foram aqui evidenciadas. A requisição de sangue à luz das melhores práticas diminui o seu consumo, que por sua vez faz diminuir também a mortalidade e as reações clínicas graves associadas às transfusões (Donat, Aryeh e Axel, 2013). Isto significa menos despesa para os hospitais com reduções de demora média de internamento e ganhos na segurança do utente (Tokin et al., 2009). A futura Comissão Transfusional do HESE, que se encontra em fase de instalação, poderá influir decisivamente nesta matéria, regulando, gerindo e intervindo, com base num programa de gestão de sangue formalizado.

## **2.16 Fatores externos de insatisfação dos dadores de sangue**

A alteração dos regimes de isenção das taxas moderadoras para os dadores de sangue (Decreto-Lei n.º 113/2011 de 29 de novembro - anexo A) tem causado grande insatisfação, revolta e possivelmente abandono à dádiva para muitos. O novo regime mantém a isenção de taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde primários, mas revoga as restantes. Ficam por provar os eventuais efeitos negativos desta medida, concretamente do seu contributo para o total arrecadado pelas taxas moderadoras, que por sua vez são irrelevantes para o financiamento dos cuidados de saúde. Assumindo que

a população dadora se encontra sob vigilância médica regular, e presumindo que esta seja maioritariamente saudável, logo pouco consumidora de cuidados de saúde, o Estado não terá obtido montantes significativos em taxas moderadoras decorrentes dos dadores de sangue, mas terá arriscado um recuo de muitos dadores por considerarem esta medida injusta e de efeitos perversos.

Outra causa de celeuma foi o cartão nacional de dador cuja primeira versão tinha defeitos de funcionamento, e que finalmente viu regulada a sua substituição em março de 2013. (Portaria n.º 124-A/2013) Até aqui o dador tinha muita dificuldade em aceder ao seu palmarés de dádivas, existiam falhas de leitura do cartão, e este não era aceite nos cuidados de saúde primários.

## **2.17 O futuro da dádiva de sangue**

Os países desenvolvidos deverão compensar o decréscimo de dadores regulares com o acréscimo de ações de *marketing* (Williamson e Devine, 2013). Recentemente, o IPST em associação com um canal de televisão por cabo, promoveu a dádiva de sangue aproveitando uma série de televisão mundialmente conhecida. Esta campanha ofereceu pequenas lembranças alusivas à série, após uma dádiva de sangue. O conceito, apesar de poder ser entendido como uma troca, não deixa de ser revolucionário, pois o local de colheita foi num grande centro comercial em Lisboa numa loja com um visual muito apelativo para os fãs da série, despertando a curiosidade de todos.

Gerações de dadores diferentes implicam abordagens diferentes; a geração de dadores da era digital relaciona-se e interage com os serviços de sangue através de uma panóplia de novos recursos digitais (Williamson e Devine, 2013). Em 2012, o Serviço de Imuno terapia do Hospital de São João lançou uma aplicação móvel denominada “SIBAS MOBILE” que permite ao dador de sangue, entre outras funcionalidades, aceder à sua página pessoal e ao registo de dádivas anteriores.

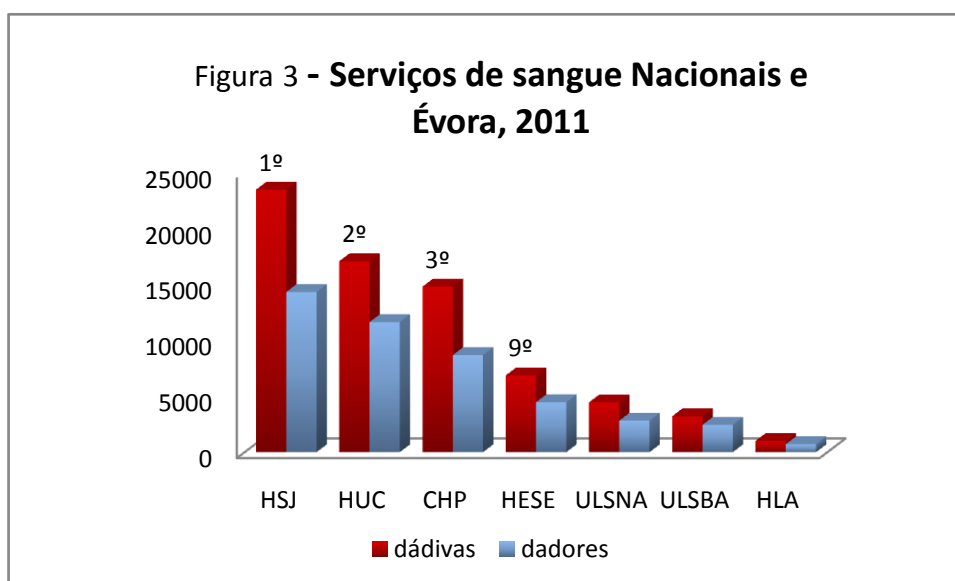
O recrutamento de dadores na era digital passa pelas redes sociais e por postos fixos recolha de sangue com *WiFi* e docas *iPod* em cada cadeira destinada à dádiva; no futuro,



será possível o preenchimento prévio do questionário pré-dádiva “*on-line*” evitando deslocações desnecessárias aos serviços no caso de haver algum critério de inelegibilidade (Williamson e Devine, 2013). A ULSLA já inclui, na sua página *Web*, informação sobre os critérios de exclusão para a dádiva.

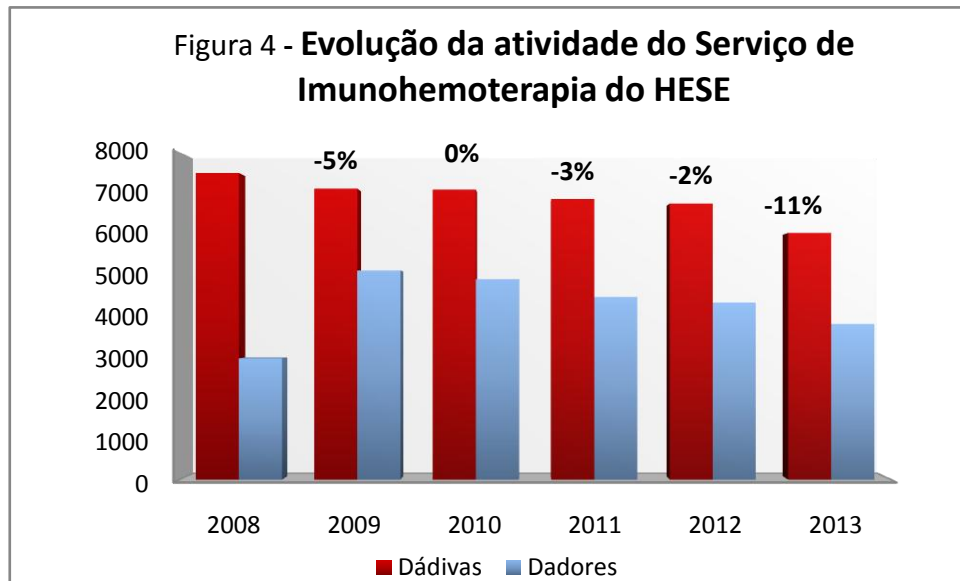
## 2.18 O HESE e o Serviço de Imunohemoterapia

Para um melhor entendimento dos capítulos seguintes importa descrever e situar o Serviço de Sangue do HESE no contexto nacional. Também é pertinente conhecer a atividade do Serviço dos últimos anos. Remete-se a caracterização do HESE e respetivo Serviço de Imunohemoterapia para o anexo B.



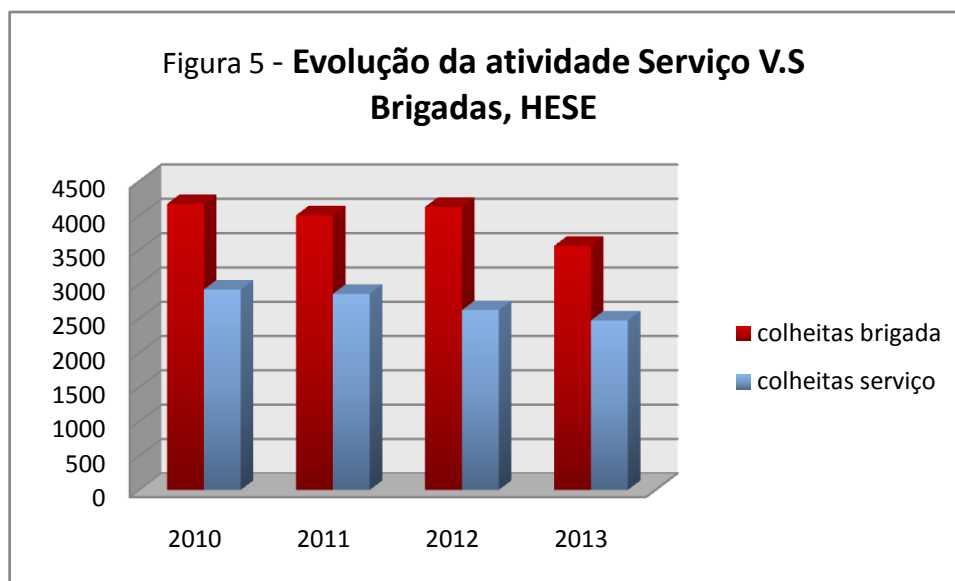
Fonte: Adaptado de MS. ASST, 2011.

O HESE ocupa o nono lugar em termos de número de colheitas, em 27 serviços de sangue hospitalares nacionais. (Continente e Ilhas). O Hospital de São João, os Hospitais da Universidade de Coimbra e o Centro Hospitalar do Porto lideram, ocupando os três primeiros lugares. Também se pode comparar o volume de dádivas do HESE com os seus parceiros da Rede Transfusional do Alentejo (ULSNA, ULSBA e HLA).



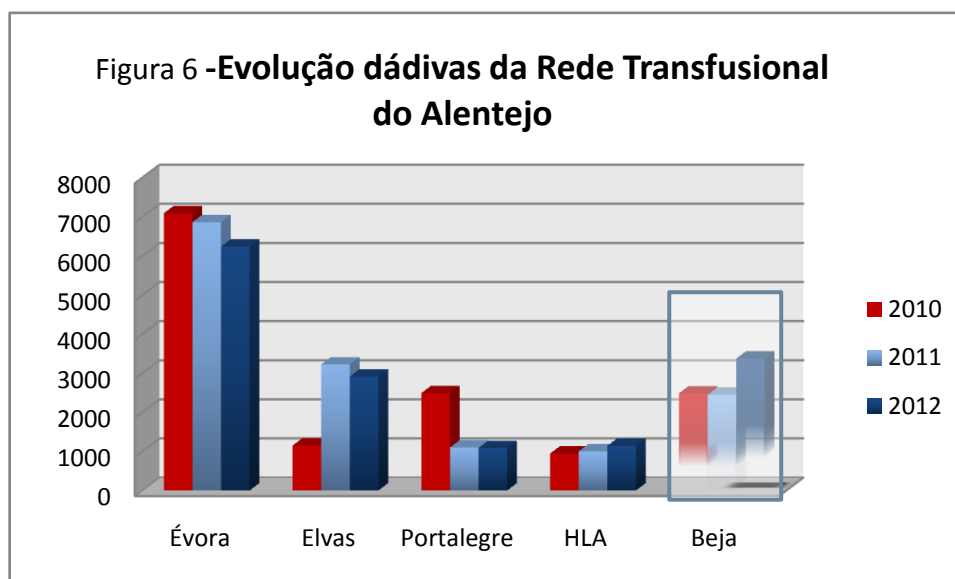
Fonte: HESE (dados não publicados).

O Serviço de Imunohemoterapia do HESE registou em 2013 menos 11% de dádivas face ao ano homólogo, o que se traduz em menos 720 unidades de sangue total colhidas. No entanto, salienta-se que em 2009 o número de dadores cresceu 72%, mas as dádivas decresceram 5%. Desde então, o número de dádivas tem permanecido estável, ou tem-se observado um decréscimo contido. Os dadores, por sua vez, tendem a doar com menos regularidade. Veja-se que em 2008, com menos 28% de dadores, conseguiram-se mais 20% de dádivas em relação a 2013. Em 2008, cada dador doava em média 2,5 vezes por ano; em 2013, cada dador foi responsável por apenas 1,6 dádivas, em média, por ano.



Fonte: HESE (dados não publicados).

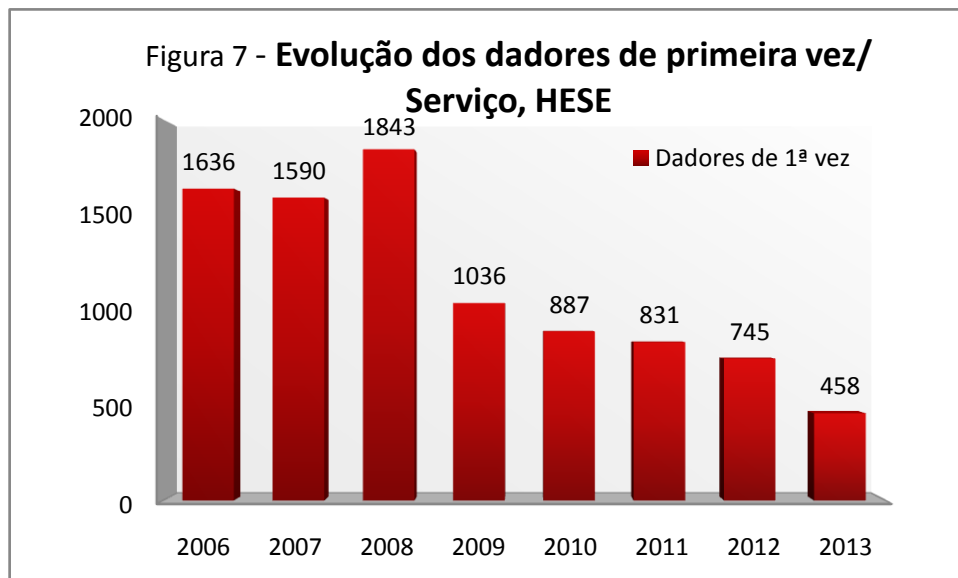
Em média, cerca de 60% das colheitas são feitas em contexto de posto móvel, ainda abaixo da média (85%) registada no inquérito do projeto DOMAINE. Nos apoios financeiros atribuídos pelo IPST em 2012 (MS. IPST, 2012), contam-se para a região de Évora as seguintes associações de dadores de sangue: Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Portel, São Pedro do Corval, Reguengos e ADBS de Vendas novas. As associações de dadores de sangue são fundamentais para a mobilização dos dadores de sangue localmente. O número de dádivas em postos móveis é influenciado pela capacidade de articulação entre as associações e o HESE. O dinamismo de algumas associações faz também a diferença traduzida em maior número de dádivas.



Fonte: HESE (dados não publicados).

O Hospital Espírito Santo de Évora centraliza as colheitas da ULSLA (antigo HLA) e da ULSNA, que integra os Hospitais Dr. José Maria Grande, em Portalegre e de Santa Luzia, em Elvas.

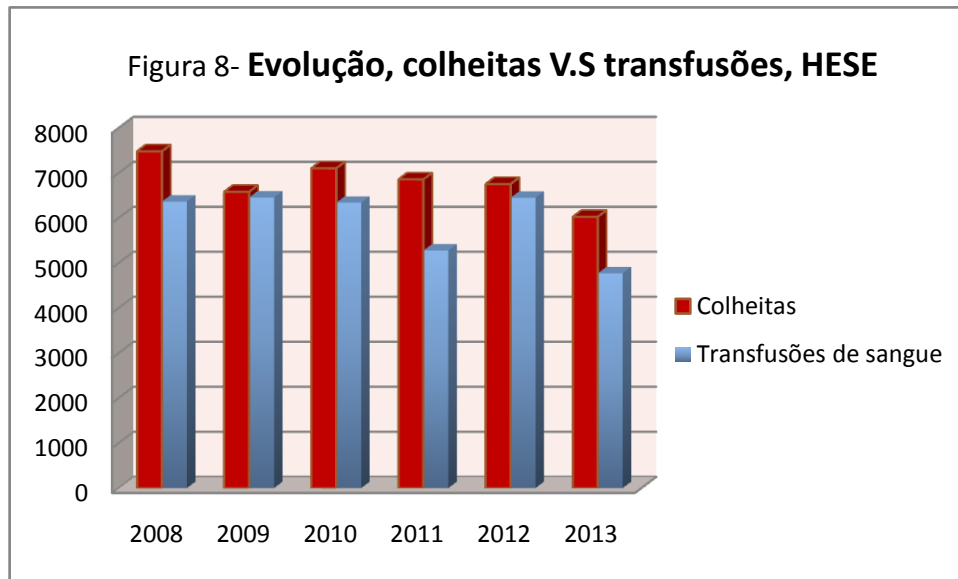
O Serviço de Imunohemoterapia do HESE assegura o tratamento do sangue e o suporte transfusional para todas as instituições da Região. Para além do HESE, o hospital José Joaquim Fernandes, em Beja, é o único que também tem capacidade para processar o sangue que recolhe, sendo praticamente autónomo. Mas continua dependente do HESE para efetuar análises específicas (ácidos nucleicos) que são obrigatórias para examinar doenças virais nas unidades de sangue colhidas. O hospital de Beja não contribui para o cálculo do total de unidades de sangue colhidas, motivo pelo qual surge no gráfico isoladamente. Em conjunto, formam a Rede Transfusional do Alentejo.



Fonte: HESE (dados não publicados).

A partir de 2008, assistiu-se a uma quebra acentuada de dadores que pela primeira vez doaram sangue, ou que o fizeram pela primeira vez para o HESE. A partir desse ano, o número de primeiras inscrições para a dádiva tem decrescido paulatinamente. Muitos fenómenos em conjunto ou isoladamente poderão explicar esta tendência:

- O envelhecimento da população poderá estar a contribuir para esse fato.
- O fim da isenção das taxas moderadoras nos serviços de urgência para os dadores de sangue poderá ser parte da explicação.
- A própria conjuntura recessiva atual poderá ter um efeito desmoralizante e dissuasor nos cidadãos, relegando para segundo plano as questões solidárias e os atos de altruísmo, como o é a dádiva de sangue.



Fonte: Serviço de Imunohemoterapia do HESE .

Conforme se pode verificar, o HESE mantém-se autossuficiente face às suas necessidades de consumo de sangue. Mas, apesar disso, o HESE teve de recorrer com mais frequência ao IPST em 2013, para conseguir dar resposta adequada em períodos de carência ou em picos de consumo momentâneos.

### **3. OBJETIVOS**

### 3.-Objetivos

De acordo com a revisão de literatura do capítulo anterior, este capítulo define os objetivos propostos para o trabalho.

#### 3.1 Objetivos Gerais

- Caracterizar a população dadora de sangue com uma inscrição singular do Hospital do Espírito Santo em Évora.
- Identificar qual a percentagem de dadores de primeira vez que não regressa e por que motivo, na perspetiva da satisfação do processo de dádiva.

#### 3.2-Objetivos específicos

- Fazer o diagnóstico da situação, recolhendo a dados dos dadores (*randomized trial*) que não regressaram, nos anos 2011 e 2012, através de um questionário por telefone estruturado.

Paralelamente, pretendeu-se obter através dos registos do Serviço: o número de dadores e dádivas total; o número de dadores de primeira vez na vida e primeira vez no serviço, desagradados por serviço e brigadas para recolha de sangue; o consumo de componentes de sangue da Instituição versus a sua autossuficiência.

- Extrapolar os eventuais custos acrescidos que a fuga destes dadores acarreta para a instituição.
- Produzir conhecimento útil e de suporte à decisão no âmbito da administração hospitalar.



## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

## 4. Material e métodos

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo, *“(...) apresentando unicamente os resultados estatísticos que descrevem a população em estudo.”*(Aguilar, 2007,p.37). Na Suécia, Sojka e Sojka (2008) protagonizaram um estudo semelhante recorrendo a 600 dadores com pelo menos um registo de dádiva, com o objetivo de investigar os motivos que conduzem à dádiva e as dificuldades ou obstáculos que impedem dádivas futuras, mas sem associarem a variável “insatisfação”.

### 4.2 Escolha da forma da obtenção de dados

A maior parte das investigações utilizam mais do que um método de recolha de dados (Fortin, Côté e Filion, 2009). Assim, obteve parcialmente os dados sócio-demográficos através da consulta direta da base de dados do serviço de Imunohemoterapia do HESE, i.e. género e idade. Para recolher os dados restantes optou-se pelo inquérito por o questionário aplicado via telefone, como principal instrumento de recolha de dados.

Duboz et al. (2012) utilizaram o método de recolha de dados por telefone na área da dádiva de sangue inquirindo cerca de quatrocentos dadores. Neste caso, o questionário designa-se de “administração indireta” quando o próprio investigador o completa a partir das respostas fornecidas pelo inquirido. (Quivy e Campenhoudt, 2005) Esta variante também pode ser denominada de “questionário heteroadministrado” (Pocinho e Figueiredo, 2004).

O questionário telefónico é o método em que se obtêm resultados mais rapidamente, é também um método de recolha de baixo custo e com taxas de resposta mais elevadas; no entanto a linguagem não verbal é intangível, o que não acontece com a entrevista presencial (Kopac, 1991).

Por seu lado, os questionários enviados por correio podem ter taxas de resposta muito reduzidas (Oppenheim, 1992; Bell, 2005; Graça, 2013). O seu valor pode ser diminuído pela redução da amostra e pela introdução de vieses de resposta, (Dillman, 1991; Walsh, 1994) isto é, se os que não respondem tiverem sistematicamente uma opinião diferente dos que respondem, essa variação não fica contemplada. Acresce ainda a possibilidade do questionário autoadministrado ser completado por terceiros ou excluir aqueles que tem pouca capacidade de escrever ou ainda não contemplar aqueles cujo assunto não lhes interessa abstendo-se de devolver a resposta (Hall, 1995).

Há também evidência de que a utilização de avisos eletrónicos (*Short message service* ou *electronic mail*) aos não respondentes em RCT subsequentes ao envio de questionários por correio, não incrementam a taxa de resposta nem diminuem a demora em responder (Man et al., 2011).

No entanto, os questionários autoadministrados são mais apropriados para colher informação sensível onde a colheita de dados por telefone pode causar relutância na resposta devido à condição de anonimato ficar comprometida (Hall, 1995). A opção da entrevista telefónica deverá deixar bem claro, logo de início, que o anonimato da resposta está garantido e qual é o propósito do telefonema.

O telefone, apesar de não conferir anonimato, tem a vantagem do entrevistado se libertar/desinibir mais facilmente por não existir contacto visual entre os intervenientes (Crow et al., 2002).

Veja-se o caso em que os utentes contactados via telefone após alta hospitalar: estes tendem a criticar menos o hospital em questão comparando com os que respondem via questionário auto administrado; existe uma predisposição de resposta aquiescente<sup>4</sup> pelo telefone receando eventuais represálias (Hall, 1995). Embora esta relação de dependência entre utente/ hospital não se verifique com os dadores de sangue, torna-se

---

<sup>4</sup> Tendência para responder em concordância com a questão, aceitando ou consentido uma resposta positiva independentemente do que é perguntado (Hall, 1995).

indispensável o esclarecimento prévio de que a crítica é bem-vinda e que não haverá qualquer juízo de valor em relação à resposta dada.

Repare-se ainda que a aquiescência na resposta pode ser despoletada pela interrupção de uma qualquer atividade que atender um telefonema provoca, o entrevistado pode aquiescer as respostas para regressar mais rapidamente ao que estava a fazer antes, constituindo isso um viés de resposta (Hall, 1995). A pergunta “se é oportuno ligar naquele momento” pode mitigar esse efeito.

Assim, ambos os métodos têm vantagens e desvantagens, algumas comuns aos dois, como a influência na resposta causada pelas características individuais do entrevistador, sotaque, género, idade, personalidade (Hall, 1995). Opta-se pelo questionário telefónico, pelo tempo disponível para fazer este trabalho e sobretudo pela taxa de resposta previsivelmente mais elevada. Em relação aos custos da implementação da recolha de dados, a sua opção contraria a literatura, uma vez que o método empregue sairá a custo zero.

#### **4.3 Inclusões**

- Incluem-se todos os dadores de sangue total que compareceram pela primeira vez na vida ou no serviço para a dádiva no posto fixo e móveis do Serviço de Imunohemoterapia do HESE no período 1 de Janeiro de 2011 até 31 de Dezembro de 2012, e não regressaram. Dito de outra forma, foram incluídas todas as primeiras inscrições referentes aos anos de 2011 e 2012 sem um segundo registo, até Abril de 2014. Decidiu-se pela inclusão dos dadores de primeira vez no serviço para poderem ser contabilizadas todas as primeiras inscrições e verificar qual a razão entre ambos os subgrupos. Em 2012 o total nacional de dadores que doaram pela primeira vez na sua instituição foi de apenas 627 dadores, (M.S. IPST. SPHV, 2012) esperando-se para a população em estudo um valor igualmente baixo.
- As dádivas mal sucedidas por quantidade insuficiente, incidentes, colheita difícil/impossível são também contabilizadas.

#### 4.4 Exclusões

- Dádivas autólogas.<sup>5</sup>
- Dádivas para fins não transfusionais (para fins farmacêuticos).<sup>6</sup>
- Inscritos de primeira vez que não chegaram a doar sangue (abandono / desistência, falta de critérios para a dádiva).
- Indivíduos que não têm contacto telefónico na base de dados.
- Indivíduos que têm contacto telefónico inválido ou não correspondente ao visado.
- Indivíduos cuja morada não pertence ao Distrito de Évora (indivíduos em trânsito/ estudar ou em férias).
- Indivíduos que completaram 66 anos (idade limite para a dádiva) à data da recolha de dados e ainda constam da base de dados do SIBAS.

Optou-se por excluir da amostra o ano de 2013, pois à data da recolha de dados, apenas os doadores que doaram até abril de 2013 completaram um ano sem regressar à dádiva seguinte. Os restantes tinham ainda grande probabilidade de regressar, sendo prematuro questionar qual o motivo de não regresso e se estariam insatisfeitos com a dádiva.

#### 4.5 População e amostra

A população foi obtida a partir da base de dados do serviço de sangue do Hospital Espírito Santo Évora que utiliza o Sistema de Integrado de Bancos de Sangue (SIBAS) como

---

<sup>5</sup> As dádivas autólogas, ou auto-transfusões, foram apenas sete no período em estudo, sendo removidas.

<sup>6</sup> As dádivas para fins não transfusionais não são colhidas no HESE.

sistema de informação. O total de dadores de sangue que doaram sangue no serviço ou em brigada móvel em 2011 e 2012 foi de 4462 (2011) e 6880 (2012). Extraíram-se depois aqueles que doaram pela primeira vez na vida ou pela primeira vez através do Serviço de Imunohemoterapia do HESE e não regressaram. Assim obtiveram-se 831 e 745 dadores de sangue respetivamente para os anos, de 2011 e 2012. Em seguida selecionaram-se aqueles que só tiveram uma inscrição para doar sangue até abril de 2014, altura da realização do questionário. Por outras palavras, apuram-se os dadores de primeira vez e primeira vez no serviço que doaram sangue uma única vez e não regressaram. Assim ficaram 531 e 541 dadores resultantes dos anos de 2011 e 2012 respetivamente.

Houve necessidade de recorrer aos serviços centrais que administram a aplicação SIBAS para se conseguirem estes dados. A nível hospitalar o SIBAS só permite identificar quantos dadores de primeira vez afluíram aos serviços, mas não consegue reconhecer quais. Isso só seria possível pesquisando manualmente o registo individual de cada dador. Ultrapassado este obstáculo, conseguiu-se a identificação detalhada dos dadores em estudo numa base de dados *Excel*, nomeadamente dos contactos telefónicos e morada. Foram depois removidos todos aqueles cuja idade atual é superior a 66 anos (idade limite para a dádiva) e aqueles que não tinham contacto telefónico válido na base de dados. Este procedimento excluiu uma percentagem de dadores irrelevante. Seguidamente, aplicou-se novo filtro removendo os dadores cuja morada diferia dos 14 concelhos do distrito de Évora, tentando minimizar o número de dadores em estudo que doaram numa situação de férias ou em trânsito pela região. Desta forma ficaram apurados os dadores de primeira vez habitantes nos concelhos do Alandroal; Arraiolos; Borba; Estremoz; Évora; Montemor-o-Novo; Mora; Mourão; Portel; Redondo; Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas; Viana do Alentejo e Vila Viçosa. Com esta medida ficaram excluídos muitos dadores que doaram em brigadas móveis sem continuidade ou fora da área de influência do HESE, designadamente dos distritos vizinhos de Portalegre, Beja e Setúbal. Muitos destes dadores provavelmente continuaram a doar sangue em brigadas móveis organizadas pelos Hospitais dos distritos respetivos, tornando-se no entanto, não elegíveis para o estudo em questão.

Foram também encontrados muitos registos de morada de outras regiões do país, Lisboa Porto, Faro, Madeira, situação que pode ser atribuída aos estudantes da Universidade de Évora, que após concluírem os seus estudos regressaram às suas moradas de origem e não voltaram a doar sangue em Évora. Estes, obviamente também foram excluídos. A população elegível remanescente foi de 327 e 330 dadores para os anos de 2011; 2012 respetivamente; população que representaria um esforço incomportável para obter os dados requeridos para este projeto. Tornou-se então necessário recorrer-se ao método probabilístico escolhendo de forma aleatória um número suficiente de sujeitos mantendo, no entanto, um erro de amostragem admissível (Fortin, Côté e Filion, 2009).

Para a amostra ser representativa da população, o tamanho mínimo da amostra atribuído foi de 50% do total da população para cada ano, combinado com um intervalo de confiança de 95%. Manteve-se assim o propósito de conseguir dados generalizáveis para a população elegível.

Da amostra constituída convencionou-se adicionar 20% do valor inicial para substituir os inquiridos que não atendessem o telefone após 3 tentativas.

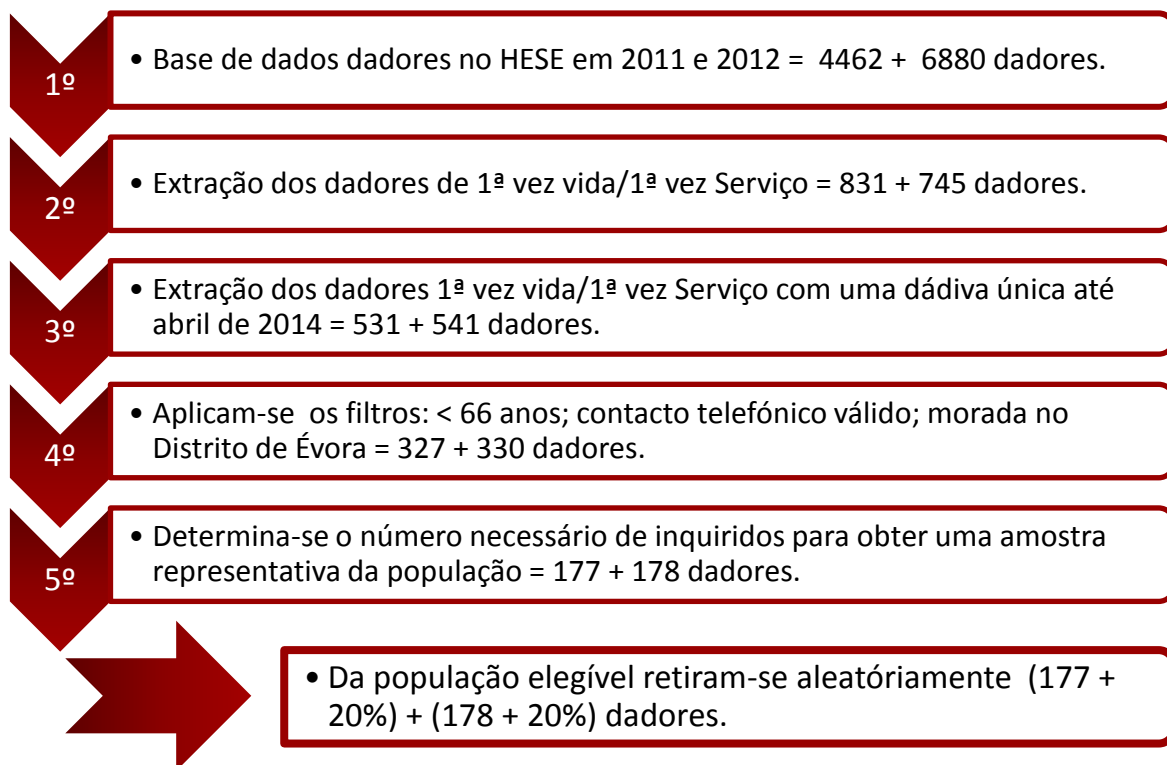
De onde resultou:

Quadro 2 – Número de questionários a efetuar

Ano da Amostra	Amostra
2011	177 + 20% = 212 dadores
2012	178 + 20% = 214 dadores
	<b>Total</b> 426 dadores

Finalmente, sujeitou-se a população elegível para cada ano à metodologia de amostragem probabilística aleatória simples. Através da ferramenta do *software Microsoft Office Excel* “ALEATÓRIOENTRE”, foram retirados o número de dadores correspondentes, conforme consta no quadro 2.

## Esquema 1- Resumo do apuramento da amostra



O esquema 1 resume as etapas intermédias até ao apuramento final a amostra.

#### 4.6 Elaboração do Instrumento de Colheita de Dados

Para a elaboração deste questionário reuniu informação de vários artigos utilizados na construção do seu referencial teórico, que corroboraram os aspetos mais pertinentes e frequentes a incluir no questionário. O questionário *“International Standard Donor Satisfaction Questionnaire”*, constante no anexo C (ADRP, The DROP, 2008), e o trabalho publicado por Leal et al. (2010) foram as grandes referências.

Na formulação do questionário teve em conta o enunciado por Fortin, Côté e Filion (2009) e Graça (2012):

- Questões facilmente compreensíveis, claras e concisas, permitindo obter respostas também claras.



- Questões sem dupla negação exprimindo apenas uma ideia na mesma questão.
- Questões não sugestivas de respostas conforme as normas sociais.
- Termos técnicos claramente definidos.
- As opções de resposta a excluir-se mutuamente e colocadas em ordem lógica.
- As questões que interessam diretamente ao participante a surgirem em primeiro lugar.
- Os dados demográficos da amostra recolhidos no final do questionário.

O questionário heteroadministrado foi assente totalmente em questões fechadas, dicotómicas ou de escolha múltipla. Esta opção visou limitar os participantes a responder apenas às questões apresentadas, aumentando a fiabilidade dos dados e permitindo a comparação entre resposta (Fortin, Côté e Filion, 2009).

O questionário é composto por 11 perguntas. Após uma breve explicação do propósito e termos do questionário, uma vez acedido o respetivo consentimento, os inquiridos são questionados sobre a motivação da primeira dádiva, se houve algum motivo de insatisfação ou não, descriminando os motivos, a disposição em regressar, concluindo com algumas perguntas relativas à caracterização da amostra. O questionário tem a duração aproximada dois minutos.

Várias hipóteses de resposta foram agrupadas em itens únicos que sintetizaram respostas semelhantes e com o mesmo significado. Assim os vários itens do questionário a negrito compreenderam respostas alternativas com o mesmo sentido. Por exemplo: **“Desejo em ajudar o próximo”** engloba também “alguém pode precisar do meu sangue,” “generosidade,” “boa-vontade,” “razões humanitárias,” “altruísmo” (ver questionário no anexo D).

#### 4.7 Pré-Teste

*“O pré-teste é prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de um amostra reduzida (entre 10 a 20) pessoas da população alvo” (Fortin, Côté e Filion, 2009, p.386).*

Para tal, seleccionaram-se 15 dadores que doaram sangue pela primeira vez em 2010 no Serviço de Imunohemoterapia do HESE.

Durante o pré-teste, atenderam-se aos aspectos psicométricos do instrumento de colheita de dados observando-se boa estabilidade (Fortin, 1999):

- Na compreensão semântica
- Se as questões utilizadas permitiam obter as respostas desejadas
- Se o questionário não era muito longo ou que provocava desinteresse ou irritação
- Se as questões não eram ambíguas

O pré-teste permitiu identificar um horário para efetuar os telefonemas de acordo com a rotina da maioria dos inquiridos. Concluiu-se por exemplo, que telefonar a partir das 18h seria contraproducente uma vez que muitos dos inquiridos estariam a deslocar-se (a conduzir) para o trabalho/casa. Este fato não foi previsto inicialmente.

Percebeu-se também que o tempo previsto para cada telefonema estava correto mas que em algumas situações foi excedido porque os inquiridos aproveitaram o contacto telefónico para colocar questões relacionadas com a dádiva ou outras. A estimativa de consumo de tempo inicial para a concretização dos questionários duplicou por este motivo.

Como não ocorreram modificações ao questionário após o pré-teste, prescindiu-se do re-teste conforme indicam Fortin, Côté e Filion. (2009).

Procedeu-se então à aplicação do questionário que consta no anexo D, após aprovação formal do Conselho de Administração do HESE (Anexo E). O mesmo Conselho de

Administração, consentiu posteriormente, através do seu Vogal, a inclusão da denominação do hospital no título do trabalho, assim como a identificação da informação produzida.

#### **4.8 Aspetos Éticos**

O HESE, E.P.E. dispõe de uma Comissão de Ética prevista no regulamento interno, que tem o seu enquadramento legal estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio. Entre outros, esta Comissão, dá pareceres obrigatórios sobre estudos e ensaios clínicos. O Código de Ética está disponível no sítio <http://www.hevora.min-saude.pt>.

Este trabalho foi previamente aprovado pela comissão de Ética da Instituição (anexo F). A informação foi tratada de acordo com a declaração de Helsínquia, uma vez que foi mantido o anonimato dos participantes e não houve interferências no seu bem-estar.

#### **4.9 Declaração de conflito de interesses**

O autor descarta qualquer relação pessoal ou contratual, de natureza laboral ou financeira, com a Instituição que pudesse de algum modo influenciar os resultados deste trabalho.

## **5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

## 5 Apresentação de Resultados

Foram feitos 360 telefonemas efetivos (eram necessários 177 + 178 telefonemas efetivos, referentes a 2011 e 2012) que corresponderam a cerca do dobro dos telefonemas efetuados, em parte pelo que foi identificado logo na fase de pré-teste e também por duas situações que ocorreram com frequência:

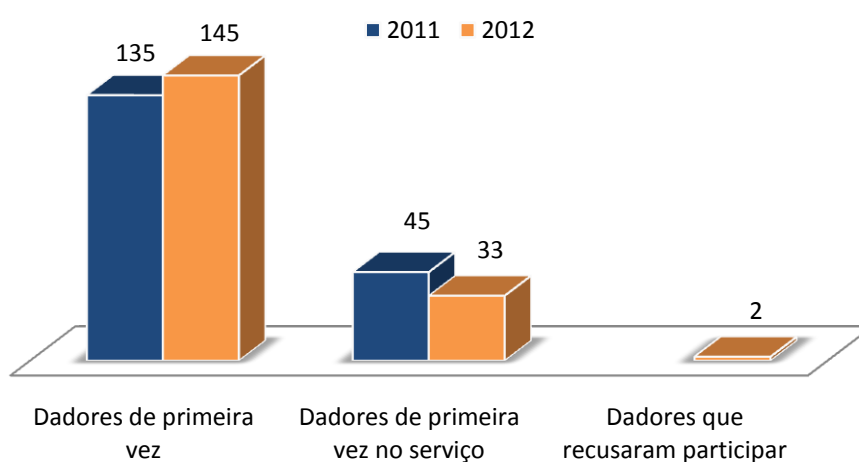
- Muitos dadores que não atenderam o telefone, telefonaram depois para verificar de quem se tratava, o que implicou recusar essa chamada, para que não houvesse qualquer custo a suportar pelos dadores, identificar de seguida o dador correspondente ao número de telefone em causa, e devolver depois a chamada;
- A necessidade de agendar novo telefonema com alguns dadores que verbalizaram não ser oportuno falar naquele momento, incrementando o número de telefonemas efetuados.

A taxa de indivíduos que não atenderam o telefone à primeira tentativa foi subestimada assim como aqueles que não o fizeram no final de três tentativas. Este fato também contribuiu para o aumento do tempo dedicado aos questionários. Houve necessidade de recorrer a mais indivíduos da população que tinham ficado fora da amostra aleatória, gerando novos números aleatórios, em substituição dos indivíduos que não atenderam o telefone, até perfazer os 50% da população requeridos. A base de dados continha vários números de telefone desativados ou não atribuídos, ou ainda não correspondentes aos indivíduos a inquirir, utilizou-se para estes casos o mesmo método de substituição acima descrito.

Para operacionalizar e sistematizar a recolha de dados, foi criado um registo auxiliar de resposta em formato *Excel*, que permitiu averbar a informação em suporte informático em tempo real durante a execução dos questionários. Esta medida revelou-se extremamente útil na fase de tratamento de dados subsequente.

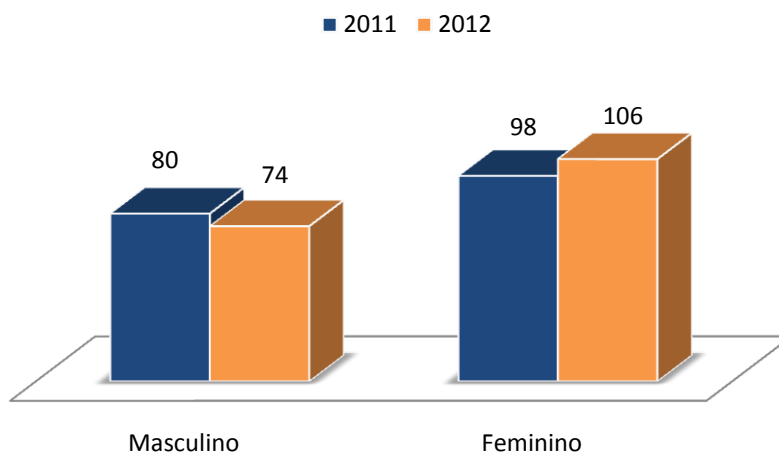
Uma das vantagens que se obteve na utilização do questionário telefónico, tal como previsto, foi conseguir um número de respondentes superior aos 50% requeridos para que a amostra fosse representativa. A colheita de dados decorreu do dia 14 até dia 23 de abril de 2014. O tratamento estatístico dos dados foi efetuado, através do *software* informático *Microsoft Office Excel 2007*.

Figura 9 -Tipologia de dadores

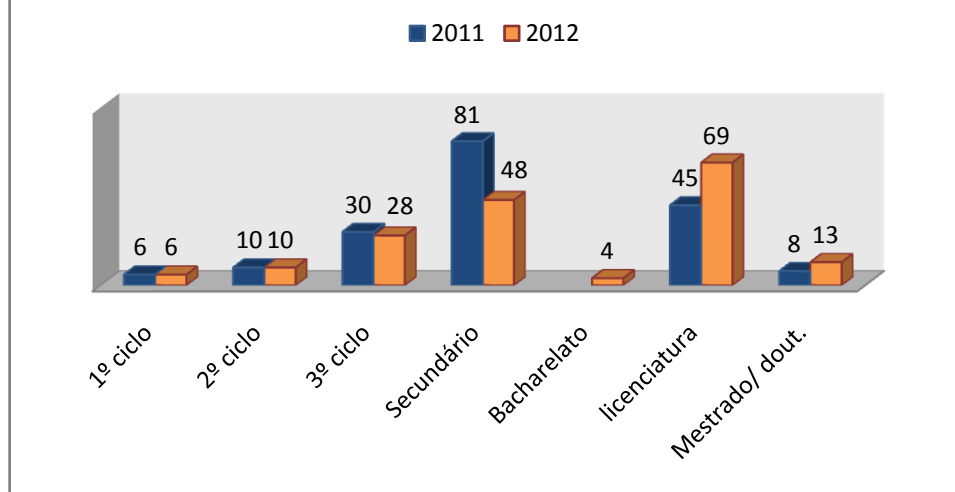


Os dadores de primeira vez correspondem a 78% do total da amostra. Os dadores de primeira vez no serviço, isto é, aqueles que efetuaram a primeira inscrição no serviço de Imunohemoterapia do HESE, mas que já contavam com dádivas anteriores para outras entidades, constituíram o restante da amostra. Esta tendência verificou-se para os dois anos em análise com distribuições tipológicas muito semelhantes (Figura 9).

Este último grupo resulta sobretudo de dadores que doaram pela primeira vez para entidades vizinhas como Portalegre, Beja e ainda o IPST. Acresce outros com uma ou duas dádivas pontuais efetuadas no cumprimento do serviço militar, ou enquanto estudantes deslocados de Évora nos respetivos estabelecimentos de ensino. Dois indivíduos do sexo feminino recusaram participar no questionário. Assim os dados referem-se a 180 questionários efetuados para o ano de 2011, e 178 questionários efetuados para o ano de 2012, perfazendo 358 questionários válidos (Figura 9).

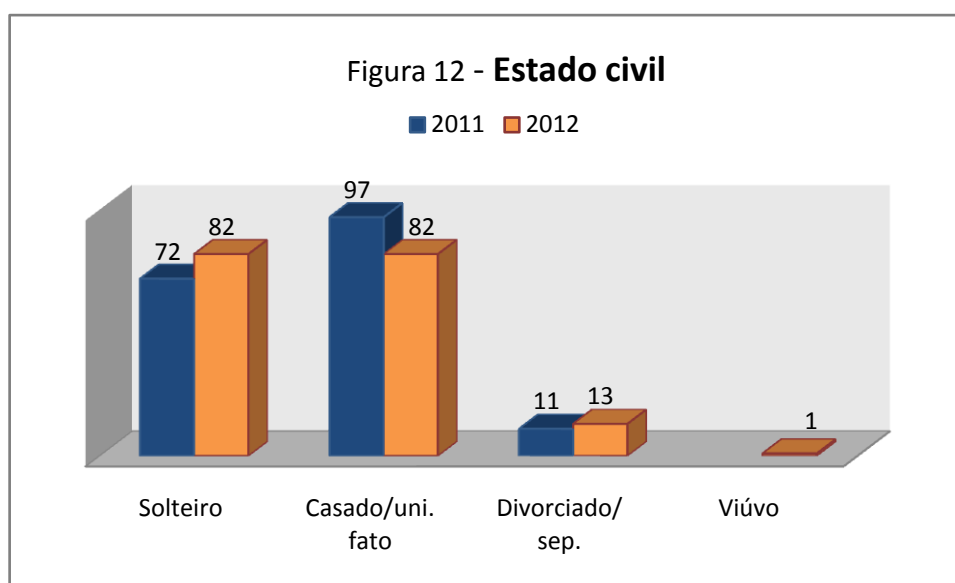
Figura 10 - **Género**

Relativamente à distribuição por género, 57% do somatório dos dois anos em amostra corresponderam ao género feminino. O predomínio do género feminino nos dadores de primeira vez que não regressam, poderá ser atribuído aos valores de hemoglobina baixos, gravidez, ou maior ocorrência de doença impeditiva para voltar a doar sangue (Figura 10).

Figura 11 - **Escolaridade**

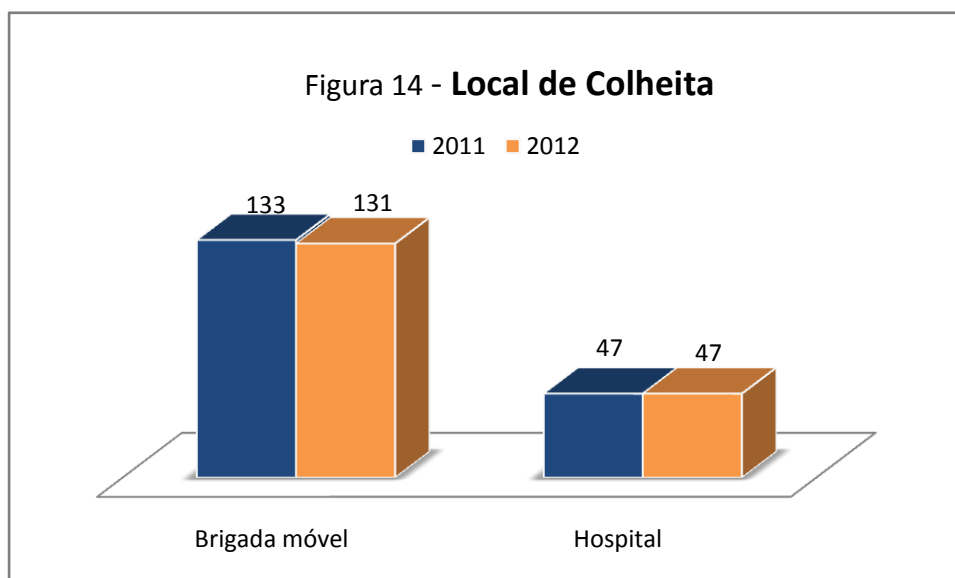
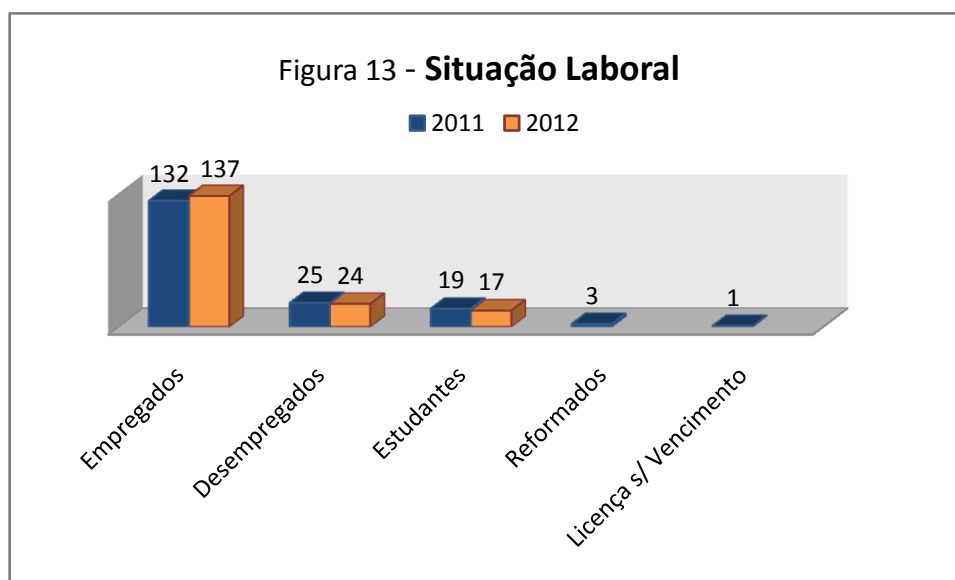
Quanto às restantes características sócio-demográficas da amostra, verificou-se uma notável estabilidade dos parâmetros avaliados para os dois anos, com exceção feita à

ascensão de dadores licenciados em 2012 em detrimento dos que têm o ensino secundário. Em conjunto, os inquiridos com ensino secundário e licenciados representaram 68% do total da amostra (Figura 11). Acresce ainda que a idade do perfil demográfico dos inquiridos se harmoniza com o descrito na literatura, sendo 34,3 anos e 35 anos de idade média, respetivamente para 2011 e 2012, observando-se muitos dadores jovens que não regressam à dívida.

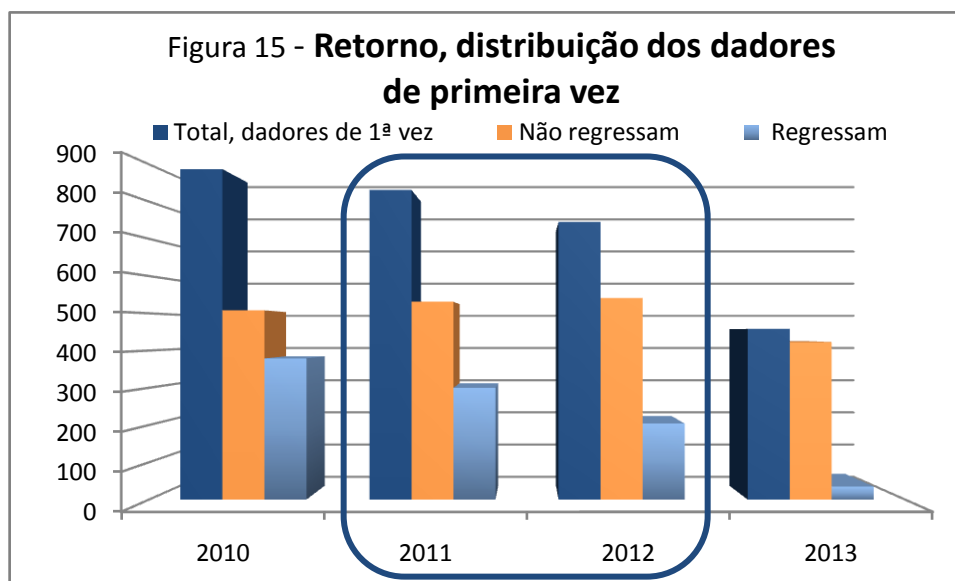


Em geral, os inquiridos são solteiros ou casados, a grande maioria encontra-se empregado, representando dois terços do total da amostra. Os estudantes corresponderam a 10% e os desempregados a 14% da amostra (Figuras 12 e 13).





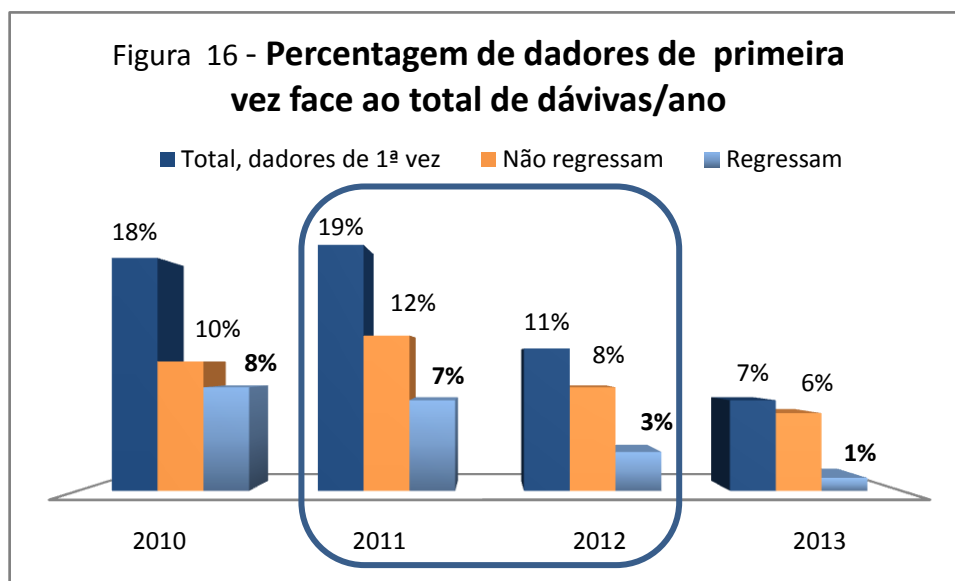
Quanto ao local de colheita onde ocorreu a primeira dádiva, 74% dos inquiridos do total da amostra doou sangue em contexto de brigada móvel. Quer isto dizer que os dadores de primeira vez que não regressam são provenientes sobretudo dos postos móveis (Figura 14).



Nas Figuras 15 e 16 estão incluídos os anos imediatamente antes e depois do período amostral para conferir uma interpretação de tendências mais precisa.

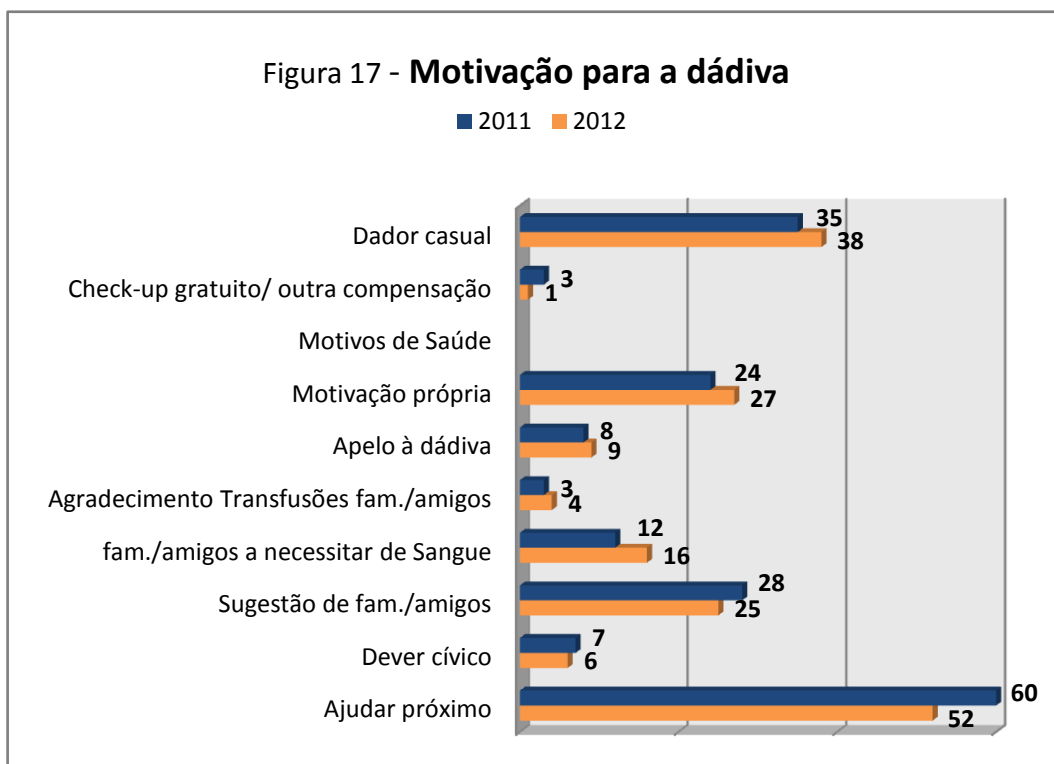
Como já foi descrito (ver Figura 7 Evolução dos dados de primeira vez), os dados de primeira vez estão a decrescer. Destes, o número dos que não regressam tem aumentado. Consequentemente, e o que é mais alarmante, é a curva descendente dos que regressam para nova dívida. Em 2010, 43% do total dados de primeira vez regressou à dívida, em 2011 36%, em 2012 esse valor diminuiu para os 27%, em 2013 apenas 7% (35 dados) regressaram. É certo que parte dos dados de primeira vez contabilizados em 2013 poderão ainda tencionar regressar à dívida seguinte (por esse motivo o ano de 2013 não foi incluído no estudo) mas as probabilidades de regresso diminuem a cada dia que passa.

A quebra de dados de primeira vez poderia ser um indício de que os dados regulares estariam a aumentar, mas a frequência de dívida está, como anteriormente demonstrado, a diminuir. Nas atuais circunstâncias, verifica-se um duplo efeito negativo, por um lado os dados de primeira vez que estão a decrescer, por outro, aqueles que regressam estão também a diminuir



Os dadores de primeira vez observaram um declínio acentuado a partir de 2012, percentagem que até esse ano era semelhante à média Europeia e nacional. De 2011 para 2012, o HESE observou uma redução de 8% do total de dávivas em dadores de primeira vez, correspondendo a menos 4% de dadores de primeira vez que regressaram, no total de dávivas anual (Figura 16).

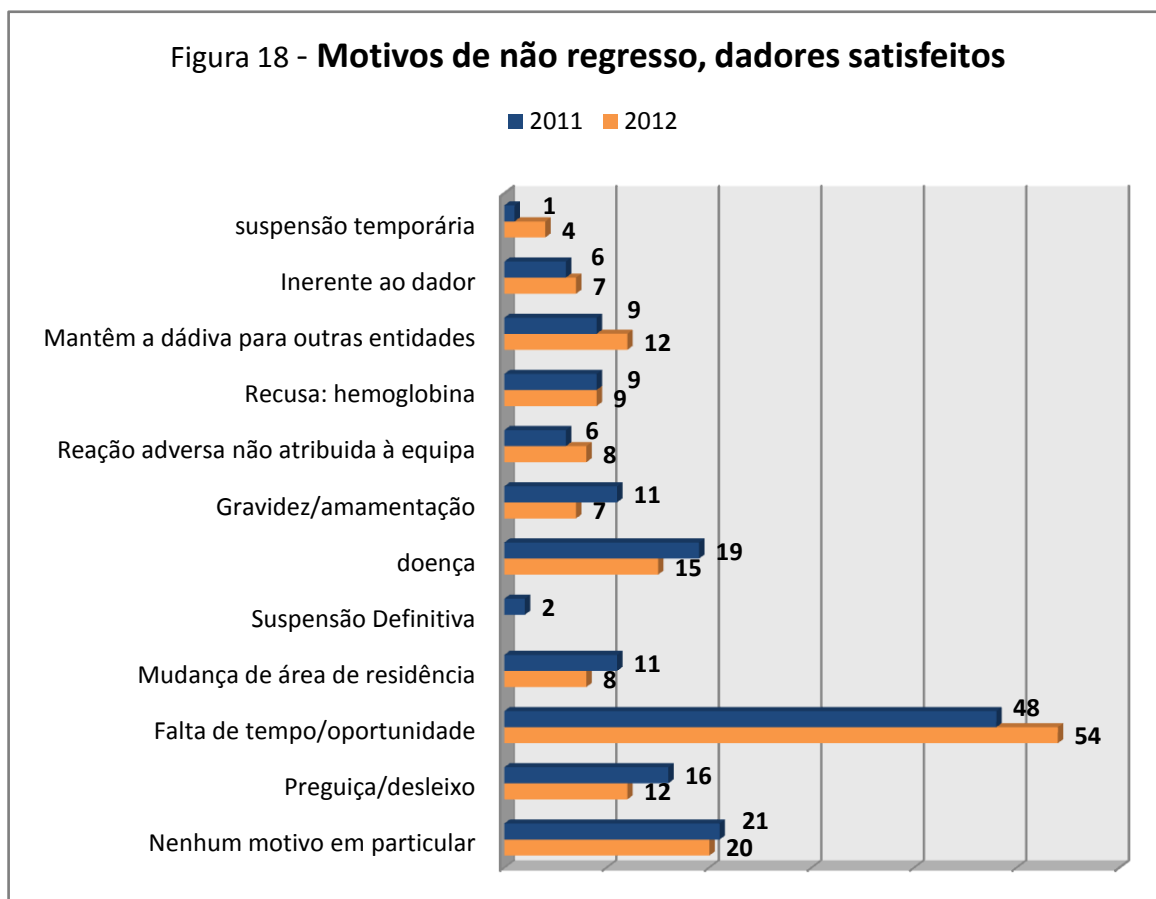
Apesar de em termos relativos, face ao total de dávivas anuais, o peso dos dadores de primeira vez e em particular dos que regressam à dívida seguinte ser cada vez menor, a manter-se esta tendência a bolsa de dadores do HESE poderá ver comprometida a sua capacidade de renovação (Figura 16).



De forma consistente, as razões que motivaram à dádiva assumem um padrão semelhante para 2011 e 2012 (Figura 17).

“Ajudar o próximo” foi a principal razão indicada pelos dadores para a dádiva. De fato, cerca de um terço dos inquiridos expressou motivos de ordem altruísta que os incitaram a doar pela primeira vez. Os “dadores casuais” representaram 20% da amostra. Estes são dadores que não tinham em mente doar sangue, e fizeram-no por se depararem com brigadas móveis nos seus locais de trabalho, ou perto dos seus locais de trabalho. Nestes casos, a conveniência do local de dádiva foi fulcral para a sua captação que de outra forma dificilmente avançariam para a dádiva. 15% da amostra revelou que a sua primeira dádiva aconteceu na sequência da “sugestão de familiares ou amigos”. Muitos destes dadores que acompanham familiares ou amigos que são dadores regulares, decidem doar também, encorajados por estes (Figura 17).

A “motivação própria” que abrange a vontade de querer doar, ou o pagamento de uma promessa, ou aposta, constituiu 14% da amostra (Figura 17).



Os dadores satisfeitos com o processo de dívida equivaleram a 88% do total da amostra (315 dadores).

Mais de um terço dos dadores de primeira vez satisfeitos com a dívida, apontaram a falta de tempo ou oportunidade como motivo para não terem voltado a doar (Figura 18).

Representando 13% da amostra, os dadores que não indicaram nenhum motivo em concreto a justificar o não regresso, serão muitos dos dadores casuais encontrados nas brigadas móveis, que não tinham à partida qualquer motivação e cuja primeira dívida não teve o impacto suficiente para conduzir à sua repetição (Figura 18).

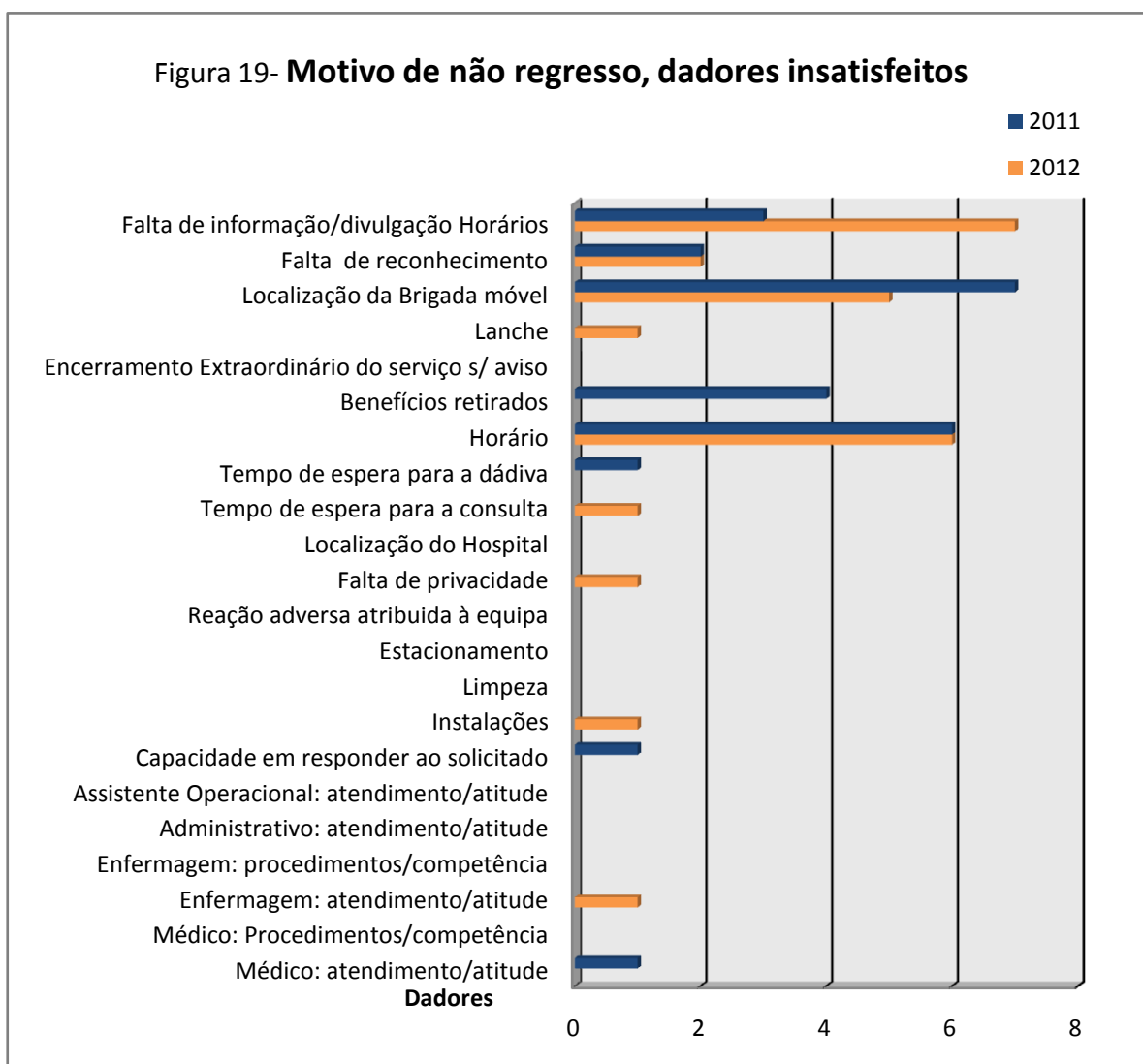
A conveniência para a dívida parece ser a chave para o regresso dos dadores que indicaram “falta de tempo/ oportunidade”, “nenhum motivo”, ou simplesmente

preguiça/ desleixo. Estes três grupos correspondem a 54% das razões de não regresso em dadores satisfeitos com o processo de dádiva (Figura 18).

Os restantes dadores satisfeitos apontaram vários motivos para não voltarem a comparecer à dádiva seguinte. 11% da amostra alegou motivos de doença para não voltar a doar, como intervenções cirúrgicas ou a toma continuada de medicação incompatível com a dádiva (Figura 18).

Apesar da filtragem das moradas que não pertencem ao Distrito de Évora, subsistiram dadores que “mantêm a dádiva para outras entidades” (7% dos dadores satisfeitos), por residirem em conselhos limítrofes ao Distrito, doando para Portalegre, Beja ou para o IPST. 6% dos dadores satisfeitos mudou de residência, encontrando-se fora do Distrito (Figura 18).

Uma minoria apontou características individuais que motivaram o não regresso, como veias difíceis, não poder ver sangue, baixo peso, ou medo de agulhas. Dos inquiridos satisfeitos, 4% indicaram reações adversas, sobretudo reações vagais, que não foram atribuídas a negligência ou má prática da equipa (Figura 18).

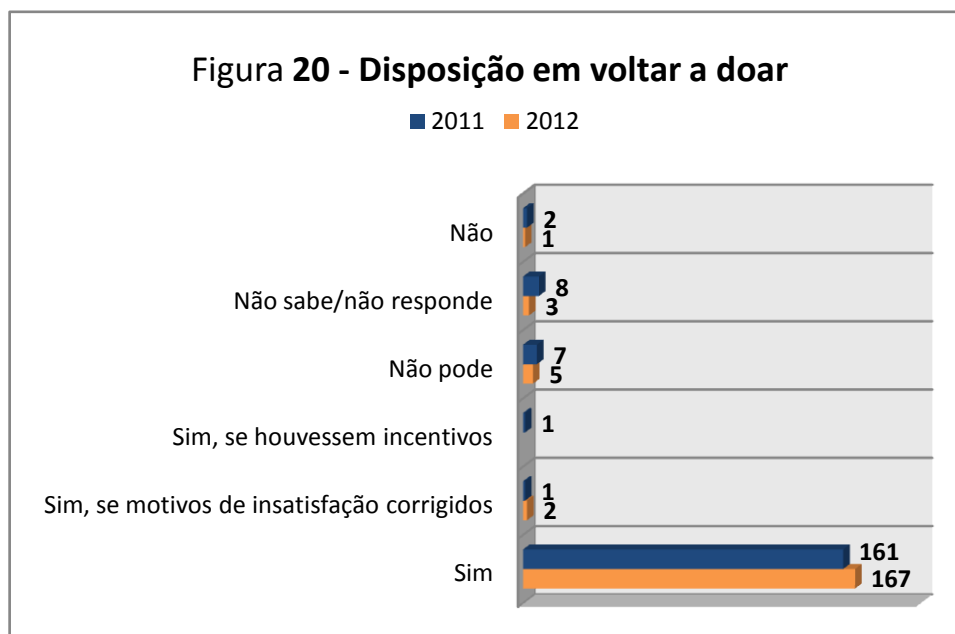


Somente 12% total da amostra (43 dadores) manifestou insatisfação com aspetos relacionados com o processo de dádiva. Dos inquiridos insatisfeitos, quatro apontaram mais do que um motivo de insatisfação em 2011, em 2012 esse número foi de três inquiridos. A maioria das queixas relaciona-se com a localização ou frequência das colheitas em brigada móvel e com a respetiva divulgação considerada insuficiente. Alguns dadores sugeriram o envio de sms a anteceder as brigadas móveis da sua região. Essa medida estava anteriormente a cargo das respetivas associações de dadores, passando o serviço de imunohemoterapia a assumir essa responsabilidade por existirem falhas no cumprimento dessa tarefa. O horário de atendimento, sobretudo o do Serviço de Imunohemoterapia, foi criticado por alguns dadores que reivindicaram a abertura do serviço à hora de almoço e depois das 16 horas (Figura 19).

A ausência de *feed-back* após a primeira dádiva, foi entendida como falta de reconhecimento por alguns dadores, que manifestaram não ter recebido qualquer informação nem o cartão de dador, depois de efetuarem a dádiva de sangue. Foi explicado no questionário que essa responsabilidade seria da competência do IPST e que entretanto a questão dos cartões de sangue estaria ultrapassada com o novo cartão de dador.

Dos dadores insatisfeitos, quatro referiram que o motivo que os fez parar de doar foi o corte dos benefícios atribuídos aos dadores de sangue, nomeadamente isenção das taxas moderadoras nos serviços de urgência hospitalares. Como era expectável, as reclamações ocorreram no ano de 2011, uma vez que os dadores de primeira vez de 2012 nunca usufruíram desses benefícios (Figura 19).

Apesar de reportado uma única vez a falta de privacidade relacionada com a estrutura do Serviço de Imunohemoterapia, foi referenciada como um aspeto a melhorar (Figura 19).





Totalizando 92% do total da amostra, a esmagadora maioria dos doadores de primeira vez mantém-se disponível para doar sangue. Mesmo depois de experimentarem reações adversas ligeiras, os doadores de primeira vez estão na disposição de arriscar uma nova dádiva. Mesmo os que não podem doar mais sangue, por doenças graves como leucemias, EAM, ou transfusões de sangue entretanto recebidas, expressaram que continuariam a doar sangue se pudessem. Como já foi evidenciado, existe um enorme potencial na recaptção deste segmento de doadores (Figura 20).

## **6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

## **6. Discussão de Resultados**

Neste capítulo, pretende-se analisar os principais resultados e comentar as dificuldades encontradas durante a elaboração deste trabalho. Por uma questão de organização a discussão desenvolver-se-á em dois momentos: os aspetos relacionados com a metodologia e os resultados obtidos.

### **6.1 Discussão metodológica**

#### **6.1.1 Período de cobertura**

Em 2011 verificaram-se mais dadores com o respetivo número de contacto inválido havendo necessidade de recorrer a contactos telefónicos adicionais para perfazer o número pretendido de dadores a inquirir. Este fato, e a semelhança dos resultados obtidos em 2011 e 2012, confirmaram que a obtenção de dados para o ano de 2010 seria, para além de difícil, dispensável. Como já foi referido, o ano de 2013 ficou também excluído da amostra pela probabilidade elevada de parte destes dadores de primeira vez poderem ainda regressar à dádiva. Mesmo assim, a adoção desta metodologia implicou probabilidades de retorno diferentes para os dois anos em análise, i.e., os dadores de primeira vez de 2011 tiveram 2,4 anos para retornarem à dádiva, enquanto os dadores de 2012, tiveram 1,4 anos para o fazer. Desde modo, a comparação dos dados entre os dois anos em estudo deverá ter em conta a hipótese (remota) de alguns dadores de primeira vez de 2012 ainda tencionarem regressar à dádiva.

#### **6.1.2 Fontes de informação**

Os dados provenientes do IPST correspondem àqueles que os vários serviços de sangue fornecem. A dupla interpretação de alguns itens na recolha de dados tem induzido erros de reporte. Alguns serviços de sangue colhem e processam o seu sangue, enquanto

outros são apenas recoletores. Dependendo do critério de análise, poderão existir incongruências nestes dados. O IPST tem conhecimento deste fato mas não tem conseguido fazer cumprir os critérios definidos para a recolha de dados juntos dos serviços de sangue. Com o intuito de resolver este problema, a partir de 2012, a informação a reportar passou a ser entregue exclusivamente por via informática, ativando somente os itens destinados a cada tipo de atividade exercida pelo demais serviços (Esta informação está disponível no *site* do SPHV no seu domínio privado, acessível aos vários diretores dos serviços de sangue). Porém, apesar da obrigatoriedade em reportar a respetivas atividades anuais, alguns serviços de sangue insistem no envio de informação incompleta. Assim, os dados referentes ao IPST enunciados neste trabalho, poderão diferir de acordo com estes dois aspectos.

Durante a aplicação dos vários questionários, houve a preocupação de manter a constância durante o processo de recolha de dados, ou seja a manutenção do método de colheita de informação entre participantes. Pontualmente, foi necessário ajudar a precisar determinadas respostas, enumerando as várias hipóteses de resposta.

Foi também acautelado o “Efeito de pigmalhão” ou enviesamento do investigador em que o investigador, de forma inconsciente, conduz a sua amostra a confirmar a sua hipótese (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

Houve o cuidado de explicar, em alguns casos, que o propósito do telefonema não tinha a intenção de pressionar os dadores a regressar à dádiva, apesar de muitos verbalizarem que o iriam fazer em breve. O questionário acabou por ter um efeito sensibilizante para alguns dadores de forma involuntária. O serviço de sangue daquela Instituição foi alertado para a possibilidade imediata de ocorrerem alguns destes dadores aos locais de recolha de sangue, o que efetivamente acabou por acontecer segundo informação daquele Serviço.

O método de recolha de dados, questionário por telefone, confirmou aquilo que tinha sido anteriormente planificado, conseguindo-se dados generalizáveis à população.

## 6.2 Discussão de Resultados

Os motivos de ordem altruísta constituem a principal motivação para a dádiva o que é condicente com a literatura. Todavia, Sojka e Sojka (2008) obtiveram resultados noutra direção, apontando como principal motivação para a primeira dádiva, a influência de familiares ou amigos (42%), seguida da resposta em apelo à dádiva pelos *media* (23,5%). O de estudo de Sojka e Sojka concorda com os achados de Duboz et al. (2012) na motivação para a dádiva de dadores ocasionais, que é sobretudo extrínseca ao dador. Pelo contrário, o apelo à dádiva pelos órgãos de comunicação social, no que concerne à área de influência do HESE, mobiliza poucos dadores de primeira vez, salvo quando são feitos pedidos de medula óssea em auxílio de figuras públicas. Verifica-se também que o apelo à dádiva surte efeito localmente, quando são feitos pedidos de medula óssea destinados a tentar ajudar pessoas da terra. Muitos dos que ocorrem a estes pedidos acabam também por doar sangue.

No decurso dos questionários foram identificados alguns dadores com dúvidas relativas a determinadas situações de doença e se estas seriam impeditivas para a dádiva de sangue. Outros, suspensos temporariamente, estavam mal esclarecidos sobre o período em que vigorava a suspensão. Outros ainda estavam equivocados sobre o intervalo mínimo entre dádivas. Embora a casuística tenha sido irrelevante para estas situações, não deixa de ser um alerta de melhoria do cuidado e validação da respetiva informação facultada aos dadores, problema já descrito no enquadramento teórico e contextual do trabalho.

Os resultados obtidos ficaram aquém do esperado, surpreendendo pela percentagem reduzida de dadores de primeira vez insatisfeitos. A falta de local conveniente, ou seja próximo do dador, com impacto mínimo na sua atividade diária habitual, afigura-se como o fator mais importante que influencia o regresso à dádiva seguinte, confirmando o descrito por vários autores (Ford e Wallace, 1975 cit. por Gillespie e Hillyer 2002; Schreiber, et.al., 2006; Kuruvatti et. al., 2011). Também aqui, Sojka e Sojka (2008) obtiveram resultados diferentes, indicando que o principal obstáculo à dádiva é indeterminado, isto é, por nenhum motivo em particular (65.4%), seguido do fator

“preguiça” (19,1%). De qualquer modo, o que importa salientar é que estas causas de retorno são hipoteticamente recuperáveis.

Conforme descrito no enquadramento teórico e contextual, quanto mais precoce acontecer a dádiva seguinte, maiores as hipóteses de vinculação em base regular para a dádiva de sangue. Mas para que tal aconteça, é fundamental oferecer as condições necessárias para que, numa fase inicial, estes grupos de dadores despendam pouco esforço para uma nova dádiva, uma vez que a motivação intrínseca ainda não existe. Por outras palavras, se os meios não forem ao encontro do dador, o dador também não terá a iniciativa de os procurar. Como refere a WHO (2010) os dadores que doam sangue esporadicamente ou que deixaram de doar constituem um grupo importante que não deve ser descurado. Porém, o aumento da frequência de determinadas brigadas móveis acarreta um problema óbvio existe um equilíbrio delicado entre proporcionar mais oportunidades para a dádiva e a viabilidade de algumas dessas brigadas móveis, que obrigam a um número mínimo de dádivas que justifique a deslocação. Nas zonas rurais em que a população se encontra dispersa, como é o caso do Distrito de Évora, esta gestão torna-se ainda mais difícil.

Ações de *marketing* específicas e focalizadas poderiam persuadir parte destes dadores a regressarem (Uva et al., 2011).

Perante a expressão destes resultados, uma análise estatística bivariada não iria acrescentar valor à informação produzida. Se a percentagem de dadores insatisfeitos tivesse sido maior, poder-se-ia equacionar a relação entre os fatores de insatisfação e o não retorno à dádiva, em conexão com as variáveis atributo, como fez Jovanović (2012).

Também enumerado no enquadramento teórico e contextual, a segunda queixa mais evocada para o não regresso prende-se com a fraca competência das equipas (Schreiber, 2006). O baixo número de eventos de insatisfação pode significar que a equipa é homogénea e experiente, o que se comprova pela quase ausência de reclamações diretamente relacionadas com a equipa, e com os muitos elogios que foram feitos ao longo do questionário. Note-se que, das poucas reações adversas relatadas e

contabilizadas, nenhuma foi atribuída à equipa. A percentagem (3,9%) de reações adversas está de acordo com o que se verifica ou é estimado na literatura. Não houve um único reporte de hematomas ou outras complicações suscetíveis de fazer recuar os dadores, demonstrando uma vez mais a excelência da equipa, que fez a diferença ao alcançar estes resultados.

Acredita que existirão realidades substancialmente diferentes em outras instituições. Claramente, a taxa de não retorno dos dadores de primeira vez seria ainda mais elevada se a equipa não tivesse as características mencionadas. Este aspeto deve ser enfatizado e valorizado, em coerência com a literatura.

Também não se verificaram tempos de espera prolongados ou problemas relacionados com a organização que constituem as reclamações mais frequentes nos serviços de sangue Europeus. Em concordância com os estudos de Uva et. al. (2011), a boa capacidade organizativa e de resposta, com dotações de recursos humanos adequadas, serão os grandes responsáveis desse sucesso.

A caracterização dos dadores de primeira vez do HESE vai possibilitar a esta Instituição dirigir o foco de atenção consoante os resultados aqui obtidos. O apuramento das causas de não regresso permitiu também descartar a hipótese de que a insatisfação no processo de dádiva seja um fator dominante nos motivos de não regresso dos dadores de primeira vez. Tal não se verificou, aspeto que não será alheia a equipa, que saiu reforçada pela imagem positiva que conseguiu projetar nos dadores de primeira vez.

Todavia, é bom recordar que os dadores de primeira vez não estão, por definição, atentos a vários aspetos na dádiva porque não têm termo de comparação. São também mais tolerantes devido ao entusiasmo próprio da nova experiência (Nguyen et.al., 2008).

O peso atribuído à insatisfação nas causas de não regresso no processo de dádiva poderá ser substancialmente superior se incluídos os dadores regulares, mais experientes e com essa capacidade comparativa. Esta será porventura a grande limitação deste trabalho, a dimensão do conhecimento gerado seria mais abrangente. Essa ponderação foi feita logo

de início, concluindo-se que a inclusão de dadores regulares extravasaria o tempo proposto para a execução do trabalho e implicaria outra dinâmica.

O problema da retenção de dadores de primeira vez relaciona-se com sua satisfação na dádiva, mas existem outros fatores que contribuem para o não retorno, como a conveniência do local de dádiva e a tendência para adiar a segunda dádiva, sobretudo se não houver um estímulo externo periódico. No entanto, um estudo de Carter (2011) alerta para o risco da banalização da mensagem, pelo que as operações de *marketing* dirigidas à dádiva de sangue deverão guardar distância suficiente para não provocarem um efeito contrário ao desejado.

Recordando o que foi descrito no enquadramento teórico e contextual, Ringwald, Zimmermann e Eckstein (2010), sintetizaram magistralmente o conjunto de atitudes essenciais para estimular o regresso à dádiva seguinte em dez pontos-chave:

- 1) Comunicar eficazmente com os dadores.
- 2) Reconhecer a importância dos dadores.
- 3) Tornar a dádiva conveniente.
- 4) Manter as equipas de colheita motivadas e devidamente treinadas.
- 5) Reduzir/ prevenir as reações adversas e ansiedade dos dadores de sangue.
- 6) Incrementar a satisfação no processo de dádiva.
- 7) Utilizar incentivos adequados a cada grupo de dadores (pequenas compensações ou lembranças não convertíveis em dinheiro, sem colidir com os desígnios da WHO).
- 8) Lembrar os dadores suspensos temporariamente a regressar à dádiva seguinte.
- 9) Utilizar aspetos pessoais para motivar a dádiva, por exemplo um grupo sanguíneo raro.
- 10) Cuidar da imagem e reputação de cada serviço de sangue (a imagem positiva ou negativa propaga-se pelos dadores e pelas suas redes de contactos).

Ideia chave - Encarar estes dez pontos como tarefas cíclicas e continuas, que exigem manutenção constante.



Se os motivos de não regresso constituíram uma surpresa, o movimento e ciclo dos dadores de primeira vez também o foram, mas desta vez a surpresa é perturbadora pela tendência encontrada e pelas projeções futuras. Devine et al. (2007) descrevem que cerca de metade dos dadores de primeira vez não regressam, mas no HESE essa percentagem tende a aumentar. Em 2011, 63% do total de dadores de primeira vez não regressou, enquanto em 2012, 72,6% doou sangue pela primeira vez e não retornou à dádiva seguinte. Como descrito por Schreiber (2005), não é uma tarefa fácil converter dadores de primeira vez em dadores regulares; aliás, mesmo para dadores de primeira vez satisfeitos, é expectável uma taxa de abandono de cerca de 14% (Thomson et al., 1998). O objetivo passará por captar o máximo de dadores de primeira vez. Se apenas metade dos dadores elegíveis para o estudo deste trabalho (residência no Distrito de Évora, idade e contacto telefónico válidos) continuassem a doar sangue duas vezes por ano, significariam mais 984 dádivas até ao final de 2013, traduzidas em cerca de 161 000 € em CE, 69 000 € em concentrados de plaquetas e 73 000 € em plasma.

À medida que os atuais dadores regulares forem atingindo a idade limite para a dádiva, a manutenção da bolsa de dadores do HESE, dependerá da taxa de renovação protagonizada pelos dadores de primeira vez. A capacidade de captação e fidelização dos dadores de primeira vez será decidida por um conjunto de variáveis, que são impossíveis de controlar na totalidade pelas Instituições que recolhem sangue. Tratando-se de um ato voluntário e benévolo, os centros de recolha poderão atenuar essa tendência, conforme já foi referido, através de ações dirigidas aos dadores de primeira vez. A boa notícia é que os dadores de primeira vez continuam dispostos a regressar.

Caberá ao Estado Português, enquanto legislador e ao IPST enquanto promotor da dádiva, encontrar soluções que invertam este processo.

## **7. CONCLUSÃO**

## 7. Conclusão

Neste capítulo serão enumerados e sintetizados os pontos mais relevantes deste trabalho, abordando os aspetos motivacionais para a concretização deste trabalho; em que medida os objetivos propostos foram conseguidos; os resultados mais significativos e as suas implicações para a administração hospitalar.

No final deste percurso pode dizer-se que foi muito gratificante encetar este trabalho de investigação, primeiro porque, no seu entender, mobilizou os conhecimentos apreendidos no primeiro ano do curso, em segundo porque sente que criou conhecimento válido e efetivo para a gestão hospitalar. Cumpriu inteiramente os objetivos, geral e específicos, a que se propôs, tendo a felicidade de conseguir conjugar o que se exigia do trabalho de campo com um tema que lhe é próximo, em termos da sua prática profissional. Talvez tenha sido esse o motor que alimentou esta cruzada, onde empregou toda a sua dedicação e empenho, acreditando desde o início no valor deste projeto.

Os resultados deste trabalho apontam para uma solução de compromisso entre a disponibilização de mais hipóteses para a dádiva, a sua viabilidade do ponto de vista financeiro, e ações de dinamização dirigidas aos dadores de primeira vez que são esporádicos, ou que adiam o seu regresso, mas que têm potencial para se tornarem regulares. O HESE deverá estar um passo à frente, monitorizando a tendência dos dadores de sangue, e agindo em consonância.

As ilações recolhidas deste estudo poderão ser muito diferentes se incluídos os restantes dadores de sangue. O conhecimento dos que serão efetivamente dadores regulares e a forma de como os vários motivos de insatisfação no processo de dádiva interferem e colidem com a decisão de regressar, sugerem e incitam a um estudo mais abrangente.

A administração do HESE poderá, em complemento, valer-se da informação aqui produzida para tomar decisões mais esclarecidas relativamente ao Serviço de

Imunohemoterapia. Os eventuais investimentos neste serviço poderão ser dirigidos mediante o conhecimento proporcionado por este trabalho.

A atividade cirúrgica que se materializa em proveitos para o hospital através dos GDH respetivos, depende da disponibilidade de sangue. Quanto menor for o recurso a terceiros para garantir essa disponibilidade, mais proveitos em aforro serão obtidos. As transfusões de sangue efetuadas nos outros serviços serão também menos dispendiosas. O HESE deverá continuar a apostar fortemente na sua autonomia em matéria de consumo de sangue, providenciando medidas que concorram para a manutenção da sua bolsa de doadores de sangue. Essa aposta deverá assentar na qualidade e excelência de todos os profissionais envolvidos nas colheitas, que neste trabalho comprovaram ser um valor acrescentado processo de recolha de sangue. A geração futura de doadores de sangue será o resultado das ações do presente.

## **BIBLIOGRAFIA**

## Bibliografia

ABRAHAM, I. ; SUN, D. - **The cost of blood Transfusion in Western Europe as estimated from six studies**. Transfusion volume 52 September (2012) [Consult. 21-1-2014].

Disponível na internet:

<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1537-2995.2011.03532.x/pdf>

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) - **Facts and Figures Statistics on Hospital-Based Care in the United States**.

**2007**. [em linha] [Consult. 21-02-2014]. Disponível na internet:<URL>

[http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/factsandfigures/2007/pdfs/FF\\_report\\_2007.pdf](http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/factsandfigures/2007/pdfs/FF_report_2007.pdf)

AGUIAR, P. - **Guia Prático climepsi de Estatística em investigação Epidemiológica: SPSS**. CLIMEPSI editores, 2007. ISBN 978-972-796-281-5.

ALI, A. ; AUVINEN, M. ; RAUTONEN, J. - **The aging population poses a global challenge for blood services**. Transfusion, Blood Donors and Blood Collection, Volume 50, (march 2010). [Consult. 21-1-2014]. Disponível na internet:

<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1537-2995.2009.02490.x/pdf>

AMERICAN ASSOCIATION OF BLOOD BANKS - **Technical Manual**. 14<sup>th</sup> edition, 2002. 89. ISBN 1-56395-155-X

AMOR, I. [et al.] - **Motivation et Sociologie des donneurs de sang en Tunisie: réalités et perspectives**. Transfusion clinique et Biologique, ELSIVIER MASSON, 2013. 469-475. [Consult. 26-1-2014]. Disponível na internet:

<URL> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1246782013004850>

ASADI-LARI, M. ; TAMBURINI, M. ; GRAY, D. - **Patients needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model**. Health and Quality of Life Outcomes (2004) 32 [Consult. 26-1-2014]. Disponível na internet:

<URL><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC471563/pdf/1477-7525-2-32.pdf>

ADRP - Association of Donor Recruitment Professionals, The DROP - **International Collaboration: You Have Company**. Volume 25 Quarterly Newsletter Fall, (2008) 9-12 [Consult. 24-2-2014]. Disponível na internet:

<URL><http://www.adrp.org/documents/The%20Drop/08FallDropFinal2.pdf>

BANI, M. ; STREPPARAVA, M. - **Motivation in Italian whole blood donors and the role of commitment**. Psychology, Health & Medicine, 16:6, (2011) 641-649. DOI:10.1080/13548506.2011.569731 [Consult. 15-12-2013]. Disponível na internet:

<URL><http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13548506.2011.569731>

BARRA, A. [et al.] - **Inquéritos a dadores. Um passo mais no sistema de qualidade**. Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - Amadora 2009.

BEDNALL, T. [et al.] - **A systematic review and meta-analysis of antecedents of blood donation behavior and intentions**. Social Science & Medicine, ELSIVIER (2013) 86-94 [Consult. 25-1-2014]. Disponível na internet:

<URL> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953613004218>

BELL, J. - **DOING YOUR RESEARCH PROJECT A guide for first-time researchers in education, health and social science**. Fourth edition, Open University Press McGraw-Hill Education, (2005) 148-9 ISBN 0-335-21504-1

BRECKLER, J. - **Memory for the Experience of Donating Blood: Just How Bad Was It?** Basic and Applied Social Psychology, 15 (4) 467-488 Johns Hopkins University (1994) [Consult. 15-02-2014] Disponível na internet:

<URL><http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=34e0fece-3ffa-47c9-adfa-4b6add375c49%40sessionmgr4003&vid=2&hid=4209>

BRILHANTE, D.; MACEDO, A. ; SANTOS, A. - **AVALIAÇÃO DOS MICROCUSTOS ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE UMA TRANSFUSÃO em Doentes do Foro Hemato-Oncológico**. Acta Médica Portuguesa 21. (2008) 575-80 [Consult. 15-02-2014]. Disponível na

internet:<URL><http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/820/496>

CARTER, C. [et al.] - **Donor recruitment in the 21st century: Challenges and lessons learned in the first decade.** Transfusion and Apheresis Science (2011) Aug; 45 (1) 31-43 [Consult. 15-02-2014] Disponível na internet:  
<URL><http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473050211000887>

CARDOSO, E. [et al.] - **AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS DADORES DE SANGUE DO INSTITUTO PORTUGUÊS DE SANGUE – CENTRO REGIONAL DE SANGUE DO PORTO.**2010 [Consult. 17-1-2014]. Disponível na internet:  
<URL>[http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1315/1/COM\\_DianaCardoso\\_2010.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1315/1/COM_DianaCardoso_2010.pdf)

CARLZON, J. - **Moments of Truth.** Harper Collins Publishers USA 1989 ISBN: 0-06-091580-3

CHARLES-SIRE, V. [et al.] - **Nature pro sociale du don de sang.** ELSIVIER MASSON Transfusion Clinique et Biologique 19 (2012) 49-51 [Consult. 28-12-2013]. Disponível na internet:<URL>  
[http://ac.els-cdn.com/S1246782012000158/1-s2.0-S1246782012000158-main.pdf?\\_tid=d2c2e304-9cd3-11e3-b58f-00000aab0f6c&acdnat=1393192114\\_b70820c802e707fa1acfd946fb6daf48](http://ac.els-cdn.com/S1246782012000158/1-s2.0-S1246782012000158-main.pdf?_tid=d2c2e304-9cd3-11e3-b58f-00000aab0f6c&acdnat=1393192114_b70820c802e707fa1acfd946fb6daf48)

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES, REPORT FROM THE COMMISSION TO THE COUNCIL AND THE EUROPEAN PARLIAMENT - **Report on the promotion by Member States of voluntary unpaid blood donations.** Brussels, May (2006) [Consult. 21-02-2014]. Disponível na internet:  
<URL>[http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats/human\\_substance/documents/blood\\_com\\_0217\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/documents/blood_com_0217_en.pdf)

Conselho Superior De Estatística, Secção Permanente De Estatísticas Sociais - **Relatório Do Grupo De Trabalho De Estatísticas Da Saúde (GTES) 2012.** [Consult. 25-03-2014]. Disponível na internet:



<URL>[http://cse.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=146011658&att\\_display=n&att\\_download=y](http://cse.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=146011658&att_display=n&att_download=y)

COUNCIL OF EUROPE - **World Blood Donor Day Give the gift of life: donate blood, 14 JUNE 2013** [Em linha]. [Consult. 19-01-2014]. Disponível na internet:<URL><http://hub.coe.int/web/coe-portal/14-june-world-blood-donor-day>

CROW, R. [et al.] - **The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature.** Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme, Health Technology Assessment (2002) Vol. 6 (32). [Consult. 8-1-2014]. Disponível na internet:  
<URL><http://uhra.herts.ac.uk/bitstream/handle/2299/1073/102382.pdf?sequence=1>

CUSTER, B. [et al.] - **The consequences of temporary deferral on future whole blood donation.** Transfusion, Blood donors and blood collection. Volume 47 August (2007) [Consult. 21-12-2013]. Disponível na internet:  
<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1537-2995.2007.01292.x/pdf>

DECRETO-LEI nº 267/07. D.R. 1.ª Série. 141 (24-07-2007) 4696-4716 - **Estabelece o regime jurídico da qualidade e segurança do sangue humano e dos componentes sanguíneos.** [Consult. 26-08-2013]. Disponível na internet:<URL><https://dre.pt/pdfgratis/2007/07/14100.pdf>

DECRETO-LEI nº 113/11. D.R. 1.ª Série. 229 (29-11-2011) - **Regula o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras.** [Consult. 26-08-2013]. Disponível na internet:<URL><http://dre.pt/pdf1s/2011/11/22900/0510805110.pdf>

DECRETO-LEI nº 124/11. D.R. 1.ª Série. 249 (29-12-2011) - **Procede à reestruturação do IPS para IPST I.P.** [Consult. 26-08-2013]. Disponível na internet:<URL>  
<https://dre.pt/pdfgratis/2011/12/24900.pdf>

DECRETO-LEI nº 37/12. D.R 1.<sup>a</sup> Série. 165 (27-08-2012) 4701-3 - **Estatuto do Dador de Sangue**. [Consult. 29-8-2013]. Disponível na internet:

<URL><http://www.dre.pt/pdf1s/2012/08/16500/0470104703.pdf>

DECRETO-LEI nº 39/12. D.R 1.<sup>a</sup> Série. 34 (16-02-2012) 791-3 - **Define a missão e as atribuições do IPST IP**. [Consult. 26-02-2014]. Disponível na internet:

<URL><https://dre.pt/pdfgratis/2012/02/03400.pdf>

DILLMAN, D. - **THE DESIGN AND ADMINISTRATION OF MAIL SURVEYS**. Annual Reviews of Sociology (1991 17) 225-249. [Consult. 14-1-2014]. Disponível na internet:

<URL>[http://faculty.washington.edu/jelmore/articles\\_online/Dillman-Des%26Admin\\_Ma.pdf](http://faculty.washington.edu/jelmore/articles_online/Dillman-Des%26Admin_Ma.pdf)

DIRECTIVA 2004/23/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 31 de Março de 2004. **Relativa ao estabelecimento de normas de qualidade e segurança em relação à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de tecidos e células de origem humana**. [Consult. 4-1-2014]. Disponível na internet:<URL><http://ipsangue.org/UserFiles/File/DIRECTIVA%202004-23-CE.pdf>

DIRECTIVA 2005/62/CE de 30 de Setembro de 2005 que dá execução à Diretiva 2002/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho no que respeita às **normas e especificações comunitárias relativas ao sistema de qualidade dos serviços de sangue**. [Consult. 1-02-2014]. Disponível na internet:

<URL><http://ipsangue.org/UserFiles/File/Directiva%202005-62-CE.pdf>

DEVINE, D. [et al.] - **Donor recruitment research**. Vox Sanguinis 93 (2007) 250-9. [Consult. 4-2-2014]. Disponível na internet:

<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1423-0410.2007.00962.x/pdf>

DONAT, S. ; ARYEH, S. ; AXEL, H. - **The chiasm: Transfusion practice versus patient blood management**. ELSIVIER Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 27, (2013) 37-42 [Consult. 22-03-2014]. Disponível na internet:

<URL><http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521689613000190>

DUBOZ, P. [et al.] - **Donneurs de sang réguliers ou donneurs occasionnels: différences sociodémographiques et motivationnelles**. ELSIVIER MASSON, Transfusion Clinique et Biologique 19 (2012) 17-24. [Consult. 10-1-2014]. Disponível na internet:<URL>[http://ac.els-cdn.com/S1246782011001509/1-s2.0-S1246782011001509-main.pdf?\\_tid=ea05e2fa-9cd3-11e3-ab24-](http://ac.els-cdn.com/S1246782011001509/1-s2.0-S1246782011001509-main.pdf?_tid=ea05e2fa-9cd3-11e3-ab24-00000aabb0f6c&acdnat=1393192153_f5f10756e2c465570869443465e3a8e1)

[00000aabb0f6c&acdnat=1393192153\\_f5f10756e2c465570869443465e3a8e1](http://ac.els-cdn.com/S1246782011001509/1-s2.0-S1246782011001509-main.pdf?_tid=ea05e2fa-9cd3-11e3-ab24-00000aabb0f6c&acdnat=1393192153_f5f10756e2c465570869443465e3a8e1)

EDER, A. [et al.] - **Improved safety for young whole blood donors with new selection criteria for total estimated blood volume**. Transfusion, Blood Donors and Blood Collection (2011) volume 51 1522-31. [Consult. 11-1-2014] Disponível na internet:<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1537-2995.2011.03143.x/pdf>

EDER, A. [et al.] - **The American Red Cross donor hemovigilance program: complications of blood donation reported in 2006**. TRANSFUSION Volume 48, September (2008) 1809-19 [Consult. 21-1-2014]. Disponível na internet:

<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1537-2995.2008.01811.x/pdf>

ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG -**RAPORT D'ACTIVITÉ, 2009** [em linha] [Consult. 22-01-2014]. Disponível na internet:

<URL>[http://www.dondusang.net/content/medias/media985\\_izqfPKSPDClyizl.pdf?finalFileName=Rapport\\_dactivit%E9\\_2009.pdf](http://www.dondusang.net/content/medias/media985_izqfPKSPDClyizl.pdf?finalFileName=Rapport_dactivit%E9_2009.pdf)

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE - **SISTEMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE** [em linha] [Consult. 8-01-2014]. Disponível na internet:<URL><https://www.ers.pt/pages/225>

ESPIRIDÃO, M. ; TRAD, L. - **Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (6):, jun, (2006) 1267-1276 [Consult. 17-2-2014]. Disponível na internet:<URL><http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/16.pdf>

EUROPEAN COMMISSION - **Blood donation and blood transfusions**. Special Eurobarometer 333b/Wave 72.3 – TNS Opinion & Social, 2010. [Consult. 10-1-2014]. Disponível na internet:<URL>[http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_333b\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_333b_en.pdf)

FORTIN, M. - **O Processo de Investigação: Da concepção à realização**. LUSOCIÊNCIA 1ª edição Setembro 1999. ISBN: 972-8383-10-X.

FORTIN, M; CÔTÉ, J.; FILION, F. - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. LUSODIDACTA, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FRANCE, C.; RADER, A.; CARLSON, B. - **Donors Who react may not come back: Analysis of repeat donation as a function of phlebotomist ratings of vasovagal reactions**. ELSIVIER Transfusion and Apheresis Science volume 33 (2005) 99-106 [Consult. 17-01-2014]. Disponível na internet: <URL><http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473050205001187#>

GERMAIN, M. [et al.] - **Determinants of return behavior: a comparison of current and lapsed donors**. BLOOD DONORS AND BLOOD COLLECTION, Transfusion volume 47, (October 2007). [Consult. 1-02-2014]. Disponível na internet:<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1537-2995.2007.01409.x/pdf>

GILLESPIE, T ; HILLYER, C. - **Blood Donors and Factors Impacting the Blood Donation Decision**. Transfusion Medicine Reviews, Vol. 16, No 2 April, (2002) 115-130. [Consult. 11-2-2014]. Disponível na internet:<URL>[http://ac.els-cdn.com/S088779630280030X/1-s2.0-S088779630280030X-main.pdf?\\_tid=7798e30e-94c5-11e3-ad1b-00000aacb35d&acdnat=1392306338\\_86dc7ac856f372791b472045afc8ed55](http://ac.els-cdn.com/S088779630280030X/1-s2.0-S088779630280030X-main.pdf?_tid=7798e30e-94c5-11e3-ad1b-00000aacb35d&acdnat=1392306338_86dc7ac856f372791b472045afc8ed55)

GONÇALVES, M. ; MUON, M. ; GONÇALVES, J. - **Transposition of blood directive – perspective of Portugal**. ELSIVER Transfusion Clinique et Biologique 12, (2005) 18-20. [Consult. 17-1-2014]. Disponível na internet:<URL>

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1246782004001302#>

GOODNOUGH, L. [et al.] - **First of two parts – Blood transfusion** . New England Journal of Medicine (1999) 340. 438-447. [Consult. 11-1-2014]. Disponível na internet:<URL>[http://ether.stanford.edu/library/cardiac\\_anesthesia/Transfusion/Transfusion%20Medicine%201.pdf](http://ether.stanford.edu/library/cardiac_anesthesia/Transfusion/Transfusion%20Medicine%201.pdf)

GRAÇA, L. – **Guião para o desenho e redação de um questionário**. Lisboa: Departamento de Ciências Socias em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2012. Working paper , c. 65 (Textos, T 1069.v15).

GRAÇA, L. - **Guião para o desenho de um projecto de investigação**. Lisboa: Departamento de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. 2013. Documento policopiado. 111 (Textos, T 834. v26).

GRECO, B. ; SHAZ, B. - **chapter 8 – Adverse Donor Reactions**. In SHAZ, B. [et al.] **Transfusion Medicine and Hemostasis, Clinical and Laboratory Aspects** ELSIVIER SCIENCE second edition (2013), 53-59. ISBN: 978-0-12-397164-7.

GREINACHER, A. [et al.] - **Implications of demographics on future blood supply: a population-based cross-sectional study**. Transfusion, Blood Donnors and Blood Collection Volume 51 (April 2011). [Consult. 11-2-2014]. Disponível na internet:<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1537-2995.2010.02882.x/pdf>

HALL, M. - **Patient Satisfation or Acquiescence? Comparing Mail and Telephone Survey Results**. Journal of Health Care Marketing, Spring, Volume 15 nº 1. (1995). [Consult. 1-2-2014]. Disponível na internet:

<URL><http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6355e7e3-0efb-4f44-b419-6676b43c7669%40sessionmgr4002&vid=2&hid=4201>

HESE - **Hospital do Espírito Santo Évora EPE, Relatório e Contas 2011**. [Consult. 22-02-2014]. Disponível na internet:<URL>  
<http://www.hevora.min-saude.pt/docs/gestao/HESE-Relat%C3%B3rio%20gestao%20final-2011.pdf>

HILLGROVE, T. ; DOHERTY, K. ; MOORE, V. - **Understanding non- return after a temporary deferral from giving blood: a qualitative study**. Biomed central, Public Health (2012) 12: 1063. Consult. 10-1-2014]. Disponível na internet:<URL>  
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/1063>

JACKSON, J. ; CHAMBERLIN, J. ; KROENKE, K. - **Predictors of patient satisfaction**. ELSIVIER Social Science and Medicine 52 (2001) .609-620. [Consult. 21-02-2014]. Disponível na internet:<URL><http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600001647>

JOVANOVIĆ, R. [et al.] - **Assessment of blood donors' satisfaction and measures to be taken to improve quality in transfusion service establishments**. Medicinski Glasnik, Volumen 9, Number 2 (August 2012). [Consult. 28-12-2013]. Disponível na internet:<URL><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22926356>

JORGENSEN, E. ; SORENSEN, S. - **Donor Vigilance**. Regional Blood Transfusion Centre and Department of Clinical Immunology, Aarhus University Hospital, Skejby, Denmark ISBT Science Series (2008) 3, 48–53. [Consult. 11-2-2014]. Disponível na internet:<URL>  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.17512824.2008.00164.x/pdf>

KALOUPEK, D. ; SCOTT, J. ; KHATAMI, V.- **Assessment of coping strategies associated with syncope in blood donors**. Journal of Psychosomatic Research (1985) 29: 207-214. [Consult. 27-01-2014]. Disponível na internet:  
 <URL><http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022399985900431>

KASPRISIN, D. [et al.] - **Moderate and severe reactions in blood donors.** Transfusion (1992) Volume 32: nº 1 23-26. [Consult. 5-1-2014]. Disponível na internet:

<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1537-2995.1992.32192116426.x/pdf>

KASRAIAN, L. ; TAVASSOLI, A. - **Relationship between first-year blood donation, return rate for subsequent donation and demographic characteristics.** Blood Transfusion (2012) 10: 448-52. [Consult. 8-2-2014]. Disponível na internet:

<URL><http://www.bloodtransfusion.it/articolo.aspx?idart=002410&idriv=79>

KOPAC, P. - **How to conduct questionnaire surveys.** Public Roads. (Jun 91), Vol. 55 Issue 1, 8. 1 Chart. ISSN: 0033-3735 [Consult. 3-2-2014]. Disponível na internet:

<URL><http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=9705163788&site=ehost-live&scope=site>

KURUVATTI, J. [et al.] – **Motivations for donating blood and reasons why people lapse or never donate in Leeds, England: a 2001 questionnaire- based survey.** International Society of blood Transfusion, Vox Sanguinis (2011) 101 333-38. [Consult. 21-01-2014]. Disponível na internet:<URL><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21517898>

LACALLE, J. - **A bed too far. The implementation of freedom of choice policy in the NHS.** Science Direct.2008

LEAL, M. [et al.] - **Avaliação da Satisfação e a Importância Atribuída pelos Utentes aos Serviços Prestados na Área de Colheitas de Sangue.** 2010 Comunicações em eventos científicos- Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto [Consult. 5-2-2014]. Disponível na internet:<URL>

[http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1317/1/COM\\_JMLeal\\_2010.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1317/1/COM_JMLeal_2010.pdf)

MACHADO, S. - **Loss Aversion and Altruism in Blood Donation.** In 13ª Conferência nacional de economia da saúde. Braga 10-12 de Outubro de 2013 Universidade do Minho, Campus Gualtar. Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

MAN, M. [et al.] - **Electronic reminders did not improve postal questionnaire response rates or response times: a randomized controlled trial**. ELSIVIER. Journal of clinical Epidemiology, 64 (2011) 1001-4. [Consult. 21-2-2014]. Disponível na internet:<URL>  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435610003781>

MATHEW, S. [et al.] -**Opinions about donating blood among those who never gave and those who stopped: a focus group assessment**. Blood donors and blood collection, Transfusion, volume 47, (April 2007). [Consult. 5-2-2014]. Disponível na internet:<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1537-2995.2007.01177.x/pdf>

MEADE, M. ; FRANCE, C. ; PATERSON, L.-**Predicting Vasovagal Reactions in Volunteer Blood Donors**. ELSIVIER Journal of Psychosomatic Research, Vol. 40, (5), (1996) 495-501. [Consult. 10-2-2014]. Disponível na internet:  
 <URL> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022399995006397>

MINISTÉRIO DA SAÚDE, ASST - AUTORIDADE PARA OS SERVIÇOS DE SANGUE E TRANSPLANTAÇÃO -**Relatório de Atividade dos Serviços de Sangue Nacionais 2008-2011**. [Consult. 26-1-2014] Disponível na internet:<URL>  
<http://www.asst.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorioatividades20082011.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO IP (IPST) **Apoios Financeiros atribuídos pelo IPST, IP no ano 2012** [Consult. 26-01-2014]. Disponível na internet:  
 <URL>[http://ipsangue.org/ipsangue2011/images/stories/Anexos\\_pdf/AF\\_2012\\_site.pdf](http://ipsangue.org/ipsangue2011/images/stories/Anexos_pdf/AF_2012_site.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO IP; Grupo Coordenador do SISTEMA PORTUGUÊS DE HEMOVIGILÂNCIA (SPHV) - **Relatório de Actividade dos Serviços de Sangue e Medicina Transfusional 2012**. ISSN 1916-9736 E-ISSN 1916-9744 [Consult. 26-01-2014]. Disponível na internet:  
 <URL>[http://www.hemovigilancia.net/docs/relatorio\\_atividade\\_ss\\_smt\\_2012.pdf](http://www.hemovigilancia.net/docs/relatorio_atividade_ss_smt_2012.pdf)



MOTA, S. [et al.] - **Avaliação da satisfação e importância atribuída aos serviços prestados na área da saúde mental** . Instituto Politécnico do Porto - Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto. Porto. 2010 [Consult. 28-12-2013]. Disponível na internet:  
[~~<URL>~~http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1319/1/COM\\_SMota\\_2010.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1319/1/COM_SMota_2010.pdf)

MPINGA, E; - **Patient Satisfaction Studies and the Monitoring of the Right to Health: Some Thoughts Based on a Review of the Literature**. Global Journal of Health Science Vol. 3, No. 1; (April 2011). [Consult. 6-01-2014]. Disponível na internet:  
[~~<URL>~~http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/viewFile/8093/7143](http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/viewFile/8093/7143)

NEWMAN, B. [et al.], - **Adverse effects in blood donors after whole-blood donation: a study of 1000 blood donors interviewed 3 weeks after whole-blood donation**. Transfusion, Blood Donors and Blood Collection (2003) volume 43 598-603. [Consult. 19-1-2014]. Disponível na internet:[~~<URL>~~http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1537-2995.2003.00368.x/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1537-2995.2003.00368.x/pdf)

NEWMAN, K. ; PYNE, T. - **Service Quality and Blood Donors - a Marketing Perspective**. *Journal of Marketing Management*, (1997), 13, 579-599 [Consult. 21-02-2014]. Disponível na internet:  
[~~<URL>~~http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a9f55b81-a531-4261-9ed3-a9a485f3c0d8%40sessionmgr4001&vid=2&hid=4109](http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a9f55b81-a531-4261-9ed3-a9a485f3c0d8%40sessionmgr4001&vid=2&hid=4109)

NGUYEN, D. ; [et al.] - **Blood donor satisfaction and intention of future donation**. Blood Systems Research Institute, the Department of Laboratory Medicine and the Department of Epidemiology/Biostatistics, University of California, and the Blood Centers of the Pacific, San Francisco, California; and Kaiser Permanente, Redwood City, California 2008. [Consult. 31-8-2013]. Disponível na internet:[~~<URL>~~http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846752/pdf/nihms180408.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846752/pdf/nihms180408.pdf)

OPPENHEIM, A. - **Questionnaire design, interviewing and attitude measurement**. 2nd ed. London: Continuum International Publishing; (1992) 102. [Consult. 23-02-2014].

Disponível na internet:<URL><http://pt.scribd.com/doc/11589230/Questionnaire-Design-Interviewing-and-Attitude-Measurement>

OWNBY, H. - **Analysis of donor return behavior**. Transfusion, Blood donors and Blood Collection, Volume 39 (October 1999). [Consult. 21-02-2014]. Disponível na internet:<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1537-2995.1999.39101128.x/pdf>

PAGLIARICCIO, A. ; MARINOZZI, M. - **Increasing regular donors through a psychological approach wich reduces the onset of vasovagal reactions**. ELSIVIER, Transfusion and Apheresis Science, volume 47 (2012), 301-304. [Consult. 9-2-2014]. Disponível na internet:<URL> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473050212001401>

POCINHO, M. ; FIGUEIREDO, J. - **Métodos e Técnicas de Investigação Científica**. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, 2004.

POEL, C. ; JANSSEN, P. ; BORKENT-RAVEN, B. - **Report on the collection, testing and use of blood and blood components in Europe in 2004**. (October 2007) Council of Europe European Committee (Partial Agreement) on Blood Transfusion.

POEL, C.; JANSSEN, M.; GROSS, M. - **The Collection, Testing and Use of Blood and Blood Components in Europe 2008 Report** - Quality of Medicines and HealthCare of the Council of Europe (EDQM). European Committee (Partial Agreement) on Blood Transfusion (CD-P-TS) 2008.

PORTARIA n.º 720/2007. 1.ª Série. 111 (11-06-2007) 7393-6 - **Estabelece os princípios, regras e procedimentos a que obedece o financiamento, por parte do Instituto Português do Sangue, I. P., adiante designado IPS, de projectos e acções no âmbito da promoção da dádiva de sangue**. [Consult. 26-02-2014]. Disponível na internet:<URL> <http://www.dre.pt/pdf1s/2007/06/11100/37933796.pdf>

PORTARIA n.º 165/2012. 1.ª Série. 99 (22-05-2012) 2687-9 – **Estatutos do Instituto Português do Sangue e da Transplantação I.P.**. [Consult. 26-02-2014]. Disponível na internet:<URL> <http://dre.pt/pdf1s/2012/05/09900/0268702690.pdf>

PORTARIA n.º 124-A/2013. 1.ª Série. 61 (27-03-2013) - **Estabelece as normas aplicáveis à atribuição de um cartão nacional de dador de sangue**. [Consult. 29-8-2013]. Disponível na internet:<URL>:<http://dre.pt/pdf1sdip/2013/03/06101/0000200004.pdf>

PORTARIA nº20/2014. 1.ª Série. 20 (29-01-2014) 701-2- **TABELA DE PREÇOS DAS UNIDADES TERAPÊUTICAS DE SANGUE A COBRAR PELO INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE, E DA TRANSPLANTAÇÃO I. P.** [Consult. 30-1-2014]. Disponível na internet: <URL>:<http://dre.pt/pdfgratis/2014/01/02000.pdf>

PORTUGAL, MINISTÉRIO A SAÚDE, Hospital do Espírito Santo Évora. E.P.E, (HESE) [em linha] [Consult. 22-02-2014]. Disponível na internet: <URL>[http://www.hevora.minsaude.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=13&Itemid=27](http://www.hevora.minsaude.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=27)

QUIVY, R. ; CAMPENHOUDT, L.V. - **Manual De Investigação em Ciências Sociais**. Tradução MARQUES, J. ; MENDES, M. ; CARVALHO, M. Revisão científica SANTOS, R. DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA DA UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA, Gradiva, 4ª edição Outubro 2005. [http://civirtual.comunicamos.org/wp-content/uploads/group-documents/4/1353087605-quivy\\_campenhoudt.pdf](http://civirtual.comunicamos.org/wp-content/uploads/group-documents/4/1353087605-quivy_campenhoudt.pdf)

RINGWALD, J. ; ZIMMERMANN, R. ; ECKSTEIN, R. – **Keys to Open the Door for Blood Donors to Return**. Transfusion Medicine Reviews, Volume 24 (4) (2010) 295-304.[Consult. 20-2-2014]. Disponível na internet: <URL><http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887796310000325>

ROYCE, D. ; DOOCHIN, K. - **Multi-Gallon blood donors: Who are they?** Transfusion, volume 35 (1995) 826-31.

SCHMIDT, P. - **Blood and Disaster - Supply and Demand**. New England Journal of Medicine 346 (February 21, 2002) 617-620. DOI: 10.1056/NEJM200202213460813 [Consult. 21-02-2014]. Disponível na internet:<URL>

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200202213460813>

SCHNEIDER, T. ; FONTAINE, O. ; HUART, J. - **Éthiques motivations des donneurs d'aphérèse plasmatiche**. ELSIVIER Transfusion Clinique et Biologique (2004) 146-153. [Consult. 21-02-2014]. Disponível na internet:

<URL> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1246782004000497>

SCHREIBER, G. [et al.] - **Convenience, the bane of our existence, and other barriers to donating**. Transfusion, Blood donors and blood collection. Volume 46 (april, 2006) [Consult. 21-02-2014]. Disponível na internet:

<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1537-2995.2006.00757.x/pdf>

SCHREIBER, G. [et al.] - **Retrovirus Epidemiology Donor Study. First year donation patterns predict long term commitment for first-time donors**. Vox Sanguinis 88 2005. [Consult. 20-2-2014]. Disponível na internet:

<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1423-0410.2005.00593.x/pdf>

SCHUMPF, K. [et al.] - **Factors influencing donor return**. Transfusion, Blood Donors and Blood Collection, Volume 48, 2008. [Consult. 21-02-2014]. Disponível na internet:<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1537-2995.2007.01519.x/pdf>

SHANDER, A. - **The Cost of Blood: Multidisciplinary Consensus Conference for a Standard Methodology**. Transfusion Medicine Reviews, Volume 19 (1) 2005. [Consult. 21-02-2014]. Disponível na internet:<URL>

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887796304000562#>

SITZIA, J. ; WOOD, N. - **Patient satisfaction: a review of issues and concepts**. ELSIVIER, Society Science Medicine volume 45, 12 (1997) 1829-1843. [Consult. 4-2-2014]. Disponível na internet:

<URL> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953697001287>

SOJKA, N.; SOJKA, P. – **The blood donation experience: self-reported motives and obstacles for donating blood.** Vox Sanguinis 94. 2008. [Consult. 2-2-2014]. Disponível na internet:<URL> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18171329>

TAKANASHI, M. [et al] - **Risk factor analysis of vasovagal reaction from blood donation.** ELSEVIER Transfusion and Apheresis Science volume 47 (2012) 319-325. [Consult. 21-02-2014]. Disponível na internet:  
<URL> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S147305021200119X>

THE LANCET - **Blood supply and demand.** Editorial, volume 365 June 25, 2005. [Consult. 27-2-2014]. Disponível na internet:<URL>  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0ac707a2-0fc8-4345-b328-0fbf078c77ab%40sessionmgr198&vid=2&hid=119>

The 2009 National Blood Collection and utilization survey report ISBN 978-1-56395-328-6 [Consult. 2-03-2014]. Disponível na internet:  
<URL><http://www.aabb.org/programs/biovigilance/nbcus/Documents/09-nbcus-report.pdf>

THOMSON, A. [et al.] - **Retention of “safe” blood donors. the Retrovirus Epidemiology Donor Study.** Transfusion, Blood Donors and Blood Collection, Volume 38 April 1998. [Consult. 21-1-2014]. Disponível na internet:  
<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1537-2995.1998.38498257374.x/pdf>

TIMMINS, N. ; NIELSEN, K. - **Manufactured RBC - Rivers of blood, or an oasis in the desert?** Research review paper Biotechnology Advances 29 (2011) 661–66. [Consult. 25-2-2014]. Disponível na internet:<URL>[http://ac.els-cdn.com/S0734975011000577/1-s2.0-S0734975011000577-main.pdf?tid=98071078-9cd3-11e3-b402-00000aabb0f02&acdnat=1393192015\\_d294073ae350043954061e95dee7e9e7](http://ac.els-cdn.com/S0734975011000577/1-s2.0-S0734975011000577-main.pdf?tid=98071078-9cd3-11e3-b402-00000aabb0f02&acdnat=1393192015_d294073ae350043954061e95dee7e9e7)

TOKIN, C. [et al.] - **Blood - Management Programs: A clinical and Administrative Model with Program Implementation Strategies**. Review Article- The Permanente Journal, volume 13 (1) 2009. [Consult. 24-1-2014]. Disponível na internet:<URL><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3034461/>

TOMASULO, P. ; BRAVO, M. ; KAMEL, H. - **Time course of vasovagal syncope with whole blood donation**. International Society of Blood Transfusion Science Series (2010); 5: 52-8 [Consult. 25-2-2014]. Disponível na internet:  
<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-2824.2010.01363.x/pdf>

TRIMMEL, M. ; LATTACHER, H. ; JANDA, M. - **Voluntary whole-blood, and compensated platelet donors and plasma donors: Motivation to donate, altruism and aggression**. ELSIVIER Transfusion and Apheresis Science 33 (2005) 147-155. [Consult. 11-1-2014]. Disponível na internet:  
<URL> <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473050205001291>

UVA, A. [et al.] - **Manual De Gestão De Dadores**. Revisão da Versão em Língua Portuguesa, Instituto Português do Sangue, I.P. ISBN 978-90-815585-1-8. 2011.[Consult. 26-8-2013]. Disponível na internet:<URL>  
[http://ipsangue.org/ipsangue2011/images/stories/Anexos\\_pdf/manual\\_gestao\\_dadores.pdf](http://ipsangue.org/ipsangue2011/images/stories/Anexos_pdf/manual_gestao_dadores.pdf)

WALSH, K. - **Evaluation of the use of general practice age-sex registers in epidemiological research**. British Journal of General Practice (1994); 44 118-122. [Consult. 14-1-2014]. Disponível na internet:<URL>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1238813/pdf/brigenprac00034-0022.pdf>

WEIDMANN, C. ; KLÜTER, H. - **Blood collection and donor motivation in Germany**, International Society of Blood Transfusion, Science Series 8. (2013) 238-241. [Consult. 11-1-2014]. Disponível na internet:  
<URL><http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/voxs.12045/pdf>

WILLIAMS, B. - **PATIENT SATISFACTION: A VALID CONCEPT?** Social Science & Medicine (1994) 38 (4) 509-16.

WILLIAMS, B. ; COYLE, J. ; HEALY, D. - **The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels.** Social Science Medicine, (1998); Volume 47 1351-9. [Consult. 13-1-2014]. Disponível na internet:<URL>  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953698002135>

WILLIAMSON, L. ; DEVINE, D. - **Challenges in the management of the blood supply.** *Lancet* (2013) 381: 1866–75. [Consult. 12-05-2014]. Disponível na internet:<URL><http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613606315#>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Resolutions Relating to Blood Safety Adopted by Who Governing Bodies. Twenty-Eighth World Health Assembly, Geneva, 13-30 May 1975.** [em linha] [Consult. 21-8-2013].  
 Disponível na internet: [http://www.who.int/bloodsafety/BTS\\_ResolutionsAdopted.pdf](http://www.who.int/bloodsafety/BTS_ResolutionsAdopted.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009) - **Global blood safety and availability. Facts and figures from the 2007 blood safety survey** Fact sheet nº279 [em linha] [Consult. 11-8-2013]. Disponível na internet:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/en/index.html>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010) - **Towards 100% Voluntary Blood Donation A global Framework for Action.** ISBN978 92 4 159969 6 [Consult. 6-02-2014]. Disponível na internet:<URL>  
[http://www.who.int/bloodsafety/publications/9789241599696\\_eng.pdf](http://www.who.int/bloodsafety/publications/9789241599696_eng.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011) - **Global Database on Blood Safety. Summary Report 2011.** [Consult. 28-12-2013]. Disponível na internet:  
 <URL>[http://www.who.int/bloodsafety/global\\_database/GDBS\\_Summary\\_Report\\_2011.pdf](http://www.who.int/bloodsafety/global_database/GDBS_Summary_Report_2011.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012) - **More voluntary blood donations essential.** [em linha] [Consult. 21-02-2014] Disponível na internet:

<URL>[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/blood\\_donation\\_20120614/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/blood_donation_20120614/en/)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013a) – **10 Facts on Blood Transfusion.** [em linha] [Consult. 28-12-2013]. Disponível na internet:

<URL> [http://www.who.int/features/factfiles/blood\\_transfusion/blood\\_transfusion/en/](http://www.who.int/features/factfiles/blood_transfusion/blood_transfusion/en/)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013) - **Towards Self-Sufficiency in Safe Blood and Blood Products based on Voluntary Non-Remunerated Donation Global Status 2013.**

[Consult. 21-02-2014]. Disponível na internet:<URL>

[http://www.who.int/bloodsafety/transfusion\\_services/WHO\\_GlobalStatusReportSelf-SufficiencyinBloodBloodProducts.pdf](http://www.who.int/bloodsafety/transfusion_services/WHO_GlobalStatusReportSelf-SufficiencyinBloodBloodProducts.pdf)

WU Y [et al.], - **First-time blood donors: demographic trends.** Retrovirus Epidemiology Donor Study (REDS) Group Transfusion (2001) 41 360-4.

ZILLMER, E. [et al.] **Mood states in the volunteer blood donor.** Transfusion volume 29 (1) (1989) 27-30.



## **Anexos**

## Anexos

### Anexo A - (Decreto-Lei n.º 113/2011 de 29 de Novembro)

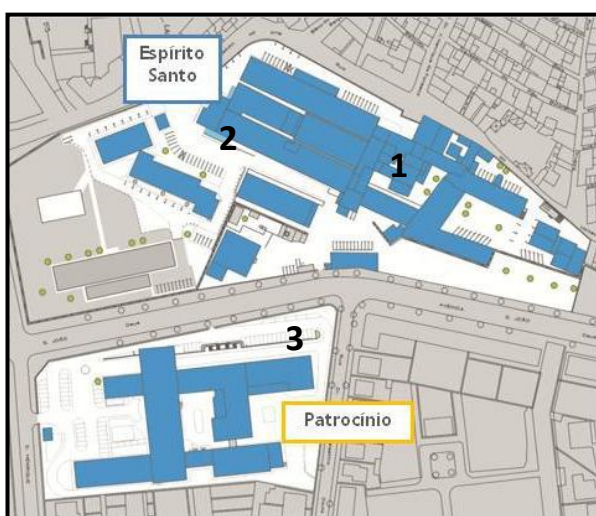
*“Os dadores benévolos de sangue estão isentos do pagamento de taxas moderadoras nas unidades de cuidados de saúde primários (incluindo os meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos pelo médico de família) e nos atos decorrentes da doação. A isenção depende da apresentação anual de uma declaração emitida pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P., junto da respetiva unidade de saúde familiar ou unidade de cuidados de saúde personalizados (centros de saúde), comprovativa de duas dádivas de sangue nos últimos 12 meses, ou declaração comprovativa da qualidade de dador benemérito, com mais de 30 dádivas na vida. A declaração comprovativa de duas dádivas de sangue nos últimos 12 meses (inclui candidato a dador impedido temporária ou definitivamente de efetuar a dádiva por razões clínicas, tendo efetuado, anteriormente, 10 dádivas válidas) ou declaração de dador benemérito com mais de 30 dádivas de sangue na vida.”*

[http://www.portugal.gov.pt/media/558816/20121001\\_faq\\_taxas\\_moderadoras.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/558816/20121001_faq_taxas_moderadoras.pdf)

## Anexo B - Caracterização do HESE E.P.E e do Serviço de Imunohemoterapia

*“Há mais de quinhentos anos que o Hospital de Évora serve a população do Alentejo. Ao longo de cinco séculos, este Hospital Central passou por diversas evoluções e teve várias designações: Hospital Real, Hospital do Espírito Santo, Hospital da Misericórdia; e, após o 25 de Abril de 1974, Hospital Civil e Hospital Distrital de Évora. Em 1996 retomou o nome Hospital do Espírito Santo, sendo Entidade Pública Empresarial (EPE) desde 2007. No ano seguinte, o HESE-EPE foi classificado como Hospital Central”. (MS, HESE, 2014)*

A publicação da Portaria n.º 117/2008, de 6 de Fevereiro veio formalizar a classificação do HESE, E.P.E., como Hospital Central; A sua área de influência direta é de 166.802 habitantes, correspondente ao Alentejo Central, e indireta, de 342.939 habitantes, correspondentes ao Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral (HESE, relatório e Contas, 2011).



Atualmente, o HESE, E.P.E. distribui-se por três edifícios (ver Mapa 1):

1. Um de tipo conventual, com mais de 500 anos, em que funcionam serviços administrativos e de apoio, o Núcleo de Exames Especiais, o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e o ambulatório do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental;

**2.** Outro, acoplado ao anterior, inaugurado em 1975, onde funciona a maioria dos serviços de Internamento, os M.C.D.T (exceto a Imunohemoterapia), a Urgência, o Bloco Operatório, a Cirurgia de Ambulatório e a Unidade de Convalescença;

**3.** O edifício do Patrocínio, separado dos anteriores por uma Estrada Nacional, que liga o Baixo Alentejo e o Alto Alentejo, onde funcionam os Internamentos das Medicinas e Psiquiatria, o serviço de Imunohemoterapia, a Neurologia, o serviço de Informática, o serviço social e gabinete do Utente, as Consultas Externas, a Unidade de Radioterapia, a Oncologia, o serviço de Gestão de Doentes, o Arquivo e a Cozinha;

Em 2011 o HESE, E.P.E. contava com 1.440 funcionários, dos quais 253 médicos, 485 enfermeiros, 118 técnicos de diagnóstico e terapêutica (HESE, relatório e Contas, 2011).

O serviço de Imunohemoterapia insere-se na rubrica dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica do Hospital. Este serviço foi criado nos anos 50. A equipa é composta por quatro médicos, três enfermeiros, dois administrativos e um assistente operacional. Paralelamente o Serviço dispõe ainda de uma bolsa de cinco enfermeiros fixos oriundos de outros serviços do Hospital, que integram rotativamente as colheitas móveis. O Serviço tem uma viatura para as deslocações e transporte de material nas colheitas móveis.

O serviço tem oito macas e oito balanças de colheita disponíveis para colheitas em posto móvel. No posto fixo estão três macas e três balanças de colheita. O posto fixo acumula a valência da área transfusional.

O Horário de funcionamento do posto fixo é 9 às 13h e das 14-às 16h todos os dias úteis. Não tem copa própria, mas consegue providenciar no local água e doces destinados à recuperação dos dadores de sangue.

O HESE possui dois lugares de estacionamento reservados aos dadores de sangue.

## Anexo C - International Standard Donor Satisfaction Questionnaire

International Standard Donor Satisfaction Questionnaire										
1. How satisfied or dissatisfied are you with the following aspects of your experience? Rate each aspect by choosing a number from 1 (totally dissatisfied) to 10 (totally satisfied). (Check one rating for each item. If a particular item does not apply, write "NA")										
	Totally Dissatisfied					Totally Satisfied				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
The overall experience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensitivity of the health & lifestyle questioning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waiting time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingerprick test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insertion of the needle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welcome on arrival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionalism of our staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cleanliness of the facility	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friendliness of our staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. How well did we meet your expectations in the following areas? Rate each area by choosing a number from 1 (expectations totally unmet) to 10 (expectations totally met). (Check one rating for each item)										
	Totally Unmet Expectations					Totally Met Expectations				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Did we make you feel valued & appreciated for your vital contribution?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Did we provide sufficient explanation at each stage of the process?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Did we treat you with consideration and sensitivity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Please rate your agreement or disagreement with the following statements by choosing a number from 1 (completely disagree) to 10 (completely agree). (Check one rating for each statement.)										
	Completely Disagree					Completely Agree				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I have so many commitments it is sometimes hard to give blood.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I really enjoy giving blood.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giving blood is very important to me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Not at All Likely					Very Likely				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. How likely or unlikely are you to give blood again? (Check one.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. What is the single most important thing we could do to improve your experience? (Check one.)										
01 <input type="checkbox"/> Shorten the health interview questions					06 <input type="checkbox"/> Offer healthy snacks					
02 <input type="checkbox"/> Manage appointments better/cut wait time					07 <input type="checkbox"/> Remind me before my next donation					
03 <input type="checkbox"/> Improve needle insertion					08 <input type="checkbox"/> Nothing/no improvement needed					
04 <input type="checkbox"/> Have longer hours of operation					09 <input type="checkbox"/> Some other improvement (please tell us what?)					
05 <input type="checkbox"/> Have more convenient locations to donate										
Page 12 / the Drop - ADRP's Quarterly Newsletter Fall 2008										

Fonte: ADRP, The DROP, 2008.

## **Anexo D - Instrumento de colheita de dados**

Questionário telefónico:

*(Transmitir somente o que está a negrito)*

**Bom dia, estou a falar com (Nome do dador) o meu nome é Álvaro Tojinha, sou Enfermeiro. Obtive o seu contacto através do Serviço de sangue do Hospital de Évora. É oportuno falarmos neste momento?**

Sim

**Não: Posso contactá-lo a uma hora mais conveniente?**

- Não *(considerar recusa após tentativa de explicar qual o objetivo do telefonema)*
- Sim: *agendar*

**Estou a contactá-lo porque doou sangue no SS ou brigada do Hospital de Évora e não voltou a doar.**

**Queria pedir a sua colaboração para responder a algumas perguntas que vão demorar cerca de 2 minutos sobre a satisfação na dádiva (A sua participação é muito importante).**

**Aceita participar?**

Sim *(consentimento informado tácito)*

Não *(considerar recusa após tentativa de reforçar qual o objetivo do telefonema)*

**(A sua participação é muito importante porque....)**

**Antes de mais, agradeço uma resposta sincera e sem preconceito em relação a eventuais críticas que deseje fazer, uma vez que as suas respostas são confidenciais e serão tratadas em anonimato.**

**Podemos começar?**

**1-.Doou sangue no serviço ou em brigada móvel?**

**2-.Esta foi a única vez que doou sangue?**

Sim

Não

**3-. Qual foi o motivo principal o que o fez doar pela primeira vez /primeira vez no serviço? (riscar o que não interessa)**

- **Desejo em ajudar o próximo** / alguém pode precisar do meu sangue/ generosidade/ boa-vontade/razões humanitárias (altruísmo)
- **Dever cívico/ Responsabilidade/** é o que é certo / razões morais
- **Por sugestão de Familiares/Amigos**
- **Familiares a necessitar de sangue**
- **Agradecimento por transfusões feitas a familiares.**
- **Apelo à dádiva pelos meios de comunicação social/serviços de sangue por redução dos stocks**
- **Por motivação própria/** porque queria doar/ realiza-me pessoalmente
- **Faz bem à minha saúde**
- **Check-up gratuito** ou outra forma de compensação
- **Dador casual/** brigada móvel deslocou-se ao local/ por divertimento/ brincadeira/ porque não?

**4-.Houve algum motivo de insatisfação que o fez parar doar sangue?**

Sim

Não

Se não:

- **“Por nenhum motivo em especial”- dador casual**
- **Por preguiça/desleixo**
- **Por falta de tempo ou falta de oportunidade**

- **Por mudança de área de residência**
- **Suspensão temporária**
- **Suspensão definitivamente Por doença**
- **Gravidez**
- **Reação adversa não atribuída à equipa**
- **Recusa devido a baixo valor de hemoglobina**
- **Mantém dívida para outras entidades**
- **Inerente ao dador** Medo de agulhas, baixo peso, não consegue ver sangue

Se sim:

**5-.qual ou quais ?**

- **Médico:** atendimento /atitude (simpatia empatia),
- **Médico:** procedimentos (competência)
- **Enfermeiro:** atendimento/atitude (simpatia empatia)
- **Enfermeiro:** procedimentos (competência/habilidade/segurança)
- **Administrativo:** atendimento/atitude
- **Assistente Operacional:** atendimento/atitude
- **Capacidade para responder a questões solicitadas:**
  - **Médico (explicitação de suspensões temporárias)**
  - **Enfermeiro**
  - **Administrativo**
- **Instalações: sala de colheitas** (temperatura, conforto, privacidade)
- **Limpeza da Sala de espera e sanitários,**
- **Estacionamento** (Ausência de)
- **Localização do Hospital**
- **Tempo de espera para consulta**
- **Tempo de espera para a dívida**
- **Horário**
- **Benefícios retirados** (taxas moderadoras dos SU)



- **Encerramento extraordinário do serviço sem informação prévia** (Deslocação do dador ao serviço inútil)
- **Lanche** (quantidade/qualidade)
- **Localização do posto de colheita móvel** (se é conveniente, próximo do local de trabalho, facilmente identificável, escolas, jardins de infância, juntas de freguesia, quartel de bombeiros, bibliotecas, centro urbano, etc.)
- **Falta de reconhecimento/agradecimento**
- **Serviço de sangue**
- **Estado/Entrega do cartão de dador de sangue**
- **Falta de privacidade**

**6-. Estaria disposto a voltar a doar sangue?**

*Não (passa para a próxima pergunta)*

Sim:

- Sim, se os motivos que me levaram a deixar de doar fossem corrigidos.
- Sim se houvessem incentivos, por ex. dia de folga.
- Não sabe/ não responde

**7-. Para concluir, gostaria de saber mais acerca de si:**

*Idade (dados recolhidos previamente na base de dados do Serviço de sangue do HESE)*

*Género (dados recolhidos previamente na base de dados do Serviço de sangue do HESE)*

**8-. Nacionalidade**

**9-. Estado civil:**

- Solteiro
- Casado/União de fato
- Divorciado/separado
- Viúvo

**10-. Escolaridade:**

- 1º Ciclo /4ª classe
- 2º Ciclo /Ciclo preparatório
- 3º Ciclo /9º ano
- Secundário 12ºano
- Bacharelato
- Licenciatura
- Grau de Mestre ou superior

**11-. Situação laboral:**

- Empregado
- Desempregado
- Estudante
- Reformado
- Licença sem vencimento

**Terminámos, agradeço-lhe muito a sua colaboração que será útil para a melhoria do atendimento prestado aos dadores de sangue. Obrigado!**

## Anexo E - Comprovativo de parecer do Conselho de Administração do HESE



*Carlos Mateus Gomes*  
 Carlos Mateus Gomes  
 Vogal Executivo

Exmo.

Sr.Dr. Carlos Gomes

Conselho Administração

De: Francisco Ferro – Imunohemoterapia

Assunto: Parecer sobre estudo

Não tenho nada a opor ao estudo a realizar sobre dadores de sangue do HESE pelo Sr. Álvaro Tojinha, discente do XLII Curso de Especialização em Administração Hospitalar pela ENSP, no âmbito do seu trabalho de campo.

Penso que este trabalho contribuirá para um melhor conhecimento dos nossos dadores, de modo a permitir a sua fidelização ao nosso hospital.

Com os melhores cumprimentos, 1/2/2014

Évora, 27/ fevereiro/2014

*Francisco Ferro*  
 Director Serviço Imunohemoterapia  
 Dr. Francisco Ferro

HESE-EPE	
RECEBIDO	EM 28/2/14 N.º 4664
RESPONDIDO	EM ____/____/____ N.º ____



Sede: Largo Senhor da Pobreza, s/n - 7000-811 Évora | Contactos: Telefone 266 740 100 - Fax: 266 701 821 | [www.hese.ept-epse.pt](http://www.hese.ept-epse.pt)  
 Matriculado no Conservatório da Registo Comercial de Évora, sob a n.º 508.005.888 | NIPC/NIF: 508.005.888 - Capital Estatutária: 17.514.000,00 €

## Anexo F - Comprovativo de parecer da Comissão de Ética do HESE

Enviada: qua 26-03-2014 8:43

De: Rui Manuel Fialho Rosado [rosado@hevora.min-saude.pt]  
 Para: Álvaro Da Silva Mendes Tojinha  
 Cc: franciscoferro@gmail.com; nunotrindade68@gmail.com; Comissão de Ética  
 Assunto: RE: Parecer da Comissão de Ética

Trata-se dum questionário de resposta voluntária em que o consentimento será aceite pela disponibilidade para participar. Deste modo, não parece haver questão de natureza ética a obstar.

Rui Manuel Fialho Rosado

De: Álvaro Da Silva Mendes Tojinha [alvaro.tojinha@ulsia.min-saude.pt]  
 Enviado: segunda-feira, 24 de Março de 2014 13:00  
 Para: Rui Manuel Fialho Rosado  
 Cc: franciscoferro@gmail.com; nunotrindade68@gmail.com  
 Assunto: Parecer da Comissão de Ética

Exmo. Sr. Presidente

**da Comissão de Ética do Hospital do Espírito Santo Évora, E.P.E**

Álvaro da Silva Mendes Tojinha, discente do 2º ano do XLII Curso de Especialização em Administração Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Universidade Nova de Lisboa, vem por este meio questionar sobre a eventual necessidade de autorização da Comissão de Ética para efetuar o questionário que pretende aplicar no âmbito do "trabalho de campo" uma vez que já obteve autorização formal para a execução do seu trabalho, pelo C.A. do HESE no dia 17 de março de 2014. (em anexo)

Seguinte Última